

UNIVERSIDAD DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Influencia del paludismo en la patología y sanidad locales :
veinticinco años de experiencia al frente de un servicio rural
de lucha antipalúdica : (1925-1950)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Ubaldo Buezas Arias

Madrid, 2015



SPENSARIO ANTIPALÚDICO de
JARAIZ. (Cáceres).



Dispensario Antipalúdico



Jaraiz de la Vera (Cáceres)

Don. Gerardo Clavero del Campo, Catedrático de la Facultad de Medicina de Cádiz

C E R T I F I C O : Que la presente Tesis Doctoral ha sido realizada por Don. Ubaldo Buezas Arias bajo mi dirección.

Y para que conste expido el presente en Madrid a once de diciembre de mil novecientos cincuenta y dos

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'G. Clavero', with a horizontal line drawn underneath it.

18. 52.158

**INFLUENCIA DEL PALUDISMO EN LA PATOLOGIA Y SANIDAD LOCALES
VEINTICINCO AÑOS DE EXPERIENCIA AL FRENTE DE UN SERVICIO RURAL
DE LUCHA ANTIPALUDICA (1.925-1.950).**

por UBALDO BUEZAS ARIAS.

JARAI Z DE LA VERA (Cáceres) 7 de Abril de 1.953.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315008233

----- DEDICATORIA -----
=====

A mi madre que me dió el ser.

A mi mujer que me dió la ilusión que es nueva vida.

A ambas con entrañable afecto.

=====

PRÓLOGO.

Nuevamente la misteriosa leyenda de la parábola bíblica se ha hecho realidad .Y cual hijo pródigo ,alejado del hogar universitario ,por los azares y avatares de la vida ,híme aquí otra vez y de retorno ,abrumado por nostalgias y ensueños de los felices años mozos ;ya por desgracia tan lejanos ;deseoso de cobijarme á su amparo ,como en regazo maternal ,y reanudar en su ímbito ,mis pretéritas afanes é inquietudes escolares;que nunca envejece el hombre ante su madre ; .Á esta "Alma Mater " nos acogemos pues ,con súplica de benevolencia y dulzura ,que dispense todas las faltas y tolere todos los extravíos .

No es pues simbolo de audacia ó arrogancia este modesto presente ,que con sincera humildad es ofrecemos ,porque presumir de docto ;vana quimera ;ante vuestra auténtica cultura ,seria en mí petulancia imperdonable.Es ,más que nada ,confianza en vuestra hidalga generosidad ,nunca desmentida ,para con el desvalido ,la que me alienta y permite traer este mísero trabajo,que no tiene otro mérito ,ni disculpa, que el de haberse extruido y alumbrado, como en parto distócico ,de la pobreza del medio en que fué concebido y engendrado .

Comprende y me hago cargo ,que el obsequio es asaz raquítico y desmedrado, para lo que reclama y merece vuestra grandesa .Por esto, como pobre menestral avance azorado y temeroso ante la magnificencia de este Alcazar de la Sabiduría ,Templo de la Ciencia y Taller del Supremo Arte ,en donde tiene realidad fecunda el reajuste de la averiada máquina del hombre ,y en donde éste recobra ,muchas veces , la vida gravemente comprometida ,otras , la luz de su conciencia y razón en nebulosa y en trance de trágico desequilibrio ,y con élle un renacer ;casi siempre la alegría perdida por el dolor ,alejado ó suprimido ,que embargaba y constreñía su cuerpo y atenuaba su espíritu ,entenebreciendo su psiquis .Y en todo momento el alivio y lampazo esperanza ,supremos asideros ,en el naufragio por este piélago inmenso y hú y tenebroso del vivir. Fé y Esperanza encendida y mantenida por vuestros magníficos aciertos ante otros enfermos que los precedieron en sus infortunios ,y que cual ellos se hallaban desconolados y en inminencia de desesperación y que por arte de mágica Ciencia recobraron su normalidad y contenté.

Estimad pues exámos Profesores estas ,más que investigaciones ,meras observaciones de clinica y epidemiología del paludismo ,controladas ,esto sí , - por una rigurosa exploración y un prolijo examen microscópico ,como ganga de donde ,andando el tiempo ,puedan los Artífices extraer el codiciado ri-

lón aureo ,que fundido en el crisol de su ingenio ,y con el trequel de la -
capacidad ,que á nosotros nos falta ,y á la potestad y autoridad de sabiduría ,que á vosotros es sobra ,acunar valiosa moneda circulante y cotizable en el vasto campo de la experimentación y de la Ciencia .ó si lo preferís, materiales de acarreo ,con que cimentar y levantar sólido y artístico edificio del humano saber.

En definitiva, es su razón de ser un afán de mostrar á los estudiosos un campo y dilatado horizonte ,para sus más aguilantadas pesquisas ,y á los clínicos ,cantera de donde sacar y segregar orientaciones para sus juicios diagnósticos y normas para sus más acertadas aplicaciones terapéuticas,y, á todos, una prudente posición ante aquellos casos anómalos ó atípicos en - que por su raro y desconcertante desenvolvimiento enmascaran un proceso y desorientan un criterio .

No espere nadie,pues descubrimientos sensacionales de gran resonancia ,por parte del humilde trabajador ,cuyas herramientas no son precisamente ,el - pincel ,el arpa ó el cincel ,sino el pico y el azudón del rústico de la-- Medicina y Laboratorio del agro.

Por otra parte todo lo que apuntamos es fruto de la experiencia adquirida en el medio rural cacereño y más concretamente en esta región de "La Vera " florón de esta Extremadura ,tan suizada como irredenta ,verdadero páramo-- Nacional ,digno de mayor atención y merecedora de mejor protección pública , aún cuando no fuera sino en recuerdo y gratitud de haber alumbrado nombres gran valía,Capitanes de esforzado ánimo que ,un día ,en la Conquista y Civilización del Nuevo Mundo ,fueron pantofo y asombro de extrañas gentes y gloria imperecedera de España.

No es sorpresa y extrañe pues ,que brinde festa hermosa campal ,campo de batalla de mis afanes ,estas tareas y sus frutos como caídas de su seno y cierto modo á ella pertenecientes.

Nuestra labor ,ya le advertís ,se ha proyectado desde el Dispensario Anti- lúdico de JARALZ de la VERA (Cáceres) dependiente y patrocinado por la - Dirección General de Sanidad ,en donde siempre hemos hallado ,sin regateo ayudas y estímulos para ensancharla y hacerla más fructífera.

El intento ha sido dirigido en ambiente densamente palúdico,quizás, sin hip - bole,el mayor de España ,relejado por el alto porcentaje de los índices par - rasitarios y esplenicos etc y encaminado principalmente á reflejar las vicis - situdes y trayectorias de la endemia á través del tiempo ,atalayadas desde Dispensario y conjugadas al propio tiempo ,con las observaciones clínicas re - cogidas en la asistencia domiciliaria de los enfermos de aquellos casos que

por su atipismo ó rareza ,confunden y desorientan en el diagnóstico y consiguientemente en interapética ,tanto más ,cuanto por su gravedad reclaman una urgente y pronta decisión.No en balde el paludismo es una entidad tan proteiforme que adopta las más variadas matizaciones y apariencias patológicas .Influyen , claro es ,en esas rarezas sindrómicas, no tan sólo las diversas constituciones y taras individuales (avitaminosis ,alcoholismo ,sífilis etc) reaccionando por ello de muy diferente manera ante el ataque parasitario ,sino el factor de las diferentes cepas parasitarias de este agente. Nuestro afán es pues doble; Por una parte ,la observación clínica de los casos más interesantes que ofrecen los enfermos en su propio lecho ,sobre todo de los casos agudísimos y notables por su curiosidad y extrañeza ;la otra ,la investigación y control hemo-parasitario de estos mismos casos en el laboratorio de la consulta del Dispensario y sobre todo la visión de conjunto desde este centro ,bajo el punto de vista epidemiológico ,de la marcha y proyección de la endemia en el tiempo .

El estudio clínico para una mejor ordenación lo distribuimos por capítulos, cada uno de los cuales hace referencia á un sector de la patología humana en relación ,ya se entiende ,de las alteraciones y estragos que el parasitismo malarico determina en los órganos y aparatos de la economía.

Para todo esto tuvimos la necesidad de imponernos la tarea ,no tan fácil ,de organizar ,con escasísimos medios en un principio ,el servicio ,que una vez iniciado personalmente ,con más deseos que aciertos ,fue ayudado con gran ahinco por la Sanidad Nacional .Y más tarde concluimos este esfuerzo recabando de la cooperación ciudadana la construcción por suscripción vecinal de un edificio de nueva planta " ad hoc " para cobijo y albergue digno del Dispensario Antipalúdico ,que ,una vez conseguido, ampliamos á Centro de Higiene .

Tan sólo nos resta expresar muy sincera y sentidamente nuestra gratitud Profesor PALANCA que desde 1936 al frente de la Sanidad Española ha venido prestando ininterrumpidamente la mayor atención ,con la suma eficacia , á los problemas de la lucha antipalúdica ; al Profesor CLAVERO DEL CAMPO Director de la Escuela Nacional de Sanidad ,que se ha dignado ,descendiendo de su alto rango científico dirigir á este desahogado y enteco neófito ,necesitado para sobrevivir ,de tan eficaz protección; á los Dres Rice-Avello y Lozano Morales ,Profesor de la Cátedra de Higiene de la Universidad de Madrid y Director del INSTITUTO ANTIPALUDICO DE NAVAMORAL DE LA MATA ,respectivamente ,por la ayuda y estímulos prestados ,tanto en trabajos propios concernientes á esta disciplina ,como aportaciones y prestaciones de

revistas etc que nos ilustraron en el tema .Tambien al Dr Rodriguez Mejia de Madrid , Pediatra y Puericultor de gran auge ,por unas sugerencias , muy atinadas , como suyas ,de entronque de su especialidad con este ensayo y - por el aliento é impulso con que me animó en esta empresa.

Y antes de cerrar un emocionado recuerdo al que fué mi Jefe Dr Sadi De Buen quien guió mis primeros pasos profesionales y me prestó ayuda desde la Dirección General de Sanidad para la realización de las primeras campañas y mejoras en el servicio ,y á mi buen amigo el Dr Trujillo Morales hoy Radiólogo de Madrid y en aquel entonces mi fraternal camarada en estas tareas y afanes .Para él mi más sincera nostálgica memoria.

Si de estas apreciaciones y sugerencias por fin ,se obtiene por alguien - algún fruto ó al menos una fecunda orientación en bien y servicio de la Humanidad doliente quedará colmada la satisfacción de.

El Autor.

Capítulo -I-

PALUDISMO Y ABORTO.

No está bien determinado el mecanismo del aborto por malaria.

Varias son las hipótesis formuladas : Una de ellas lo atribuye á la fiebre que sería la responsable de las contracciones uterinas y de la puesta en marcha la interrupción del embarazo . Á este se podría objetar que existen otros muchos procesos infecciosos que no son abortivos ó lo son en grado mínimo. (Melitococia , procesos merthianos etc).

Tan solo la lues adquiere gran categoría en este aspecto.

Otro lo achaca á la anoxemia dependiente de la anemia materna.

Asimismo se indica como causa á la toxemia que provoca el plasmodio.

Serani en cambio lo atribuye al gran espasmo porte y concentración del hemotomario que dificultarían la correcta nutrición del feto.

También á la injuria que provocaría el parásito sobre el bulbo raquídeo , en el suelo del cuarto ventrículo , en centros respiratorios y circulatorios del embrión , ocasionando en él , asfixia y parálisis cardíaca , y luego , ya privado de vida, determinar como cuerpo extraño , su expulsión del refugio materno . Estos disturbios se hacen extensivos , claro es, á la provocación del parto prematuro .

Así se deduce de las observaciones de Laffont (A) en sus trabajos sobre el paludismo y embarazo , de Marruecos y Argelia.

De esta misma opinión son también otros muchos autores extranjeros (Le Dant Muhlens etc.).

En España, este tema ha sido abordado por Barbosa y Lopez Arjona . El primero en sus trabajos en "La Basagosa " encontrando muy raros casos, sin duda , por someter á tratamiento precoz á toda embarazada infectada de malaria; el segundo actuando en el propio medio en que hemos desarrollado este trabajo, lo ha hallado con más frecuencia , debido á una menor vigilancia de las gestas palúdicas , por ser más amplia y variada su actividad profesional.

Lauros (citado por Muruburger) llega á la conclusión de que la interrupción del embarazo en el paludismo, no es atribuible á la anemia , ni á la fiebre , ni tampoco á la quinina , sino que más bien lo refiere á una influencia directa de los plasmodios sobre los centros nerviosos de la musculatura del útero y de esta manera provoca dolores y contracciones semejantes á las del parto , conduciendo de este modo al aborto ó, lo que es más raro al parto prematuro .

En cuanto á la especie parasitaria que con más frecuencia provoca el aborto ó el parto anticipado , parece ser , según la mayoría de los observadores, responsables , el *Pl . falciparum*.

También es de notar que el embarazo se interrumpe tanto más fácilmente cuanto data de menos tiempo , siendo por consiguiente más frecuente el aborto que el parto prematuro. Esto se colige fácilmente teniendo en cuenta que el feto , con madurez de tejidos y órganos , ha de oponer alguna mayor dificultad al su atropello ó injuria malarica , que en el caso de ofrecer una débil contextura somática .

Y por último conviene fijar bien un extremo asaz interesante ; Que la quinina , en contra de lo estimado por el vulgo , no tiene acción dañina sobre el producto de la concepción , cuya viabilidad se compromete , tan sólo por la nocividad de la parasitación .

Nos referimos , claro es , á la quinina administrada , en dosis y tiempos regulares , esto es , dentro del marco terapéutico.

A continuación historiamos unos cuantos casos , muy demostrativos de nuestro punto de vista , que no alargamos , en afán de resumir el trabajo.

CONCEPCIÓN PABLO S RODRIGUEZ. - de 33 años de edad ,natural de Navalmoral de la Mata (Cáceres), casada .- II de Agosto de 1926 , -16 de Marzo de 1.927.

Antecedentes familiares ó hereditarios. - Su padre catarras eróhico, de tipo asmático , desde hace varios años . Su madre sana , vive en buen estado. Sus hermanas , fuertes .

Antecedentes patológicos personales .- En su infancia y juventud nada de relieve morboso. Escarupión á los cuatro años . Menarquia á los 13 años . Sus menstruaciones , partos , puerperios y lactancias, regulares .

Enfermedad actual. - Nos consulta , por vez primera en el Dispensario el II de Agosto de 1.926 , con motivo de unas fiebres de tipo cotidiano , con escalofrío , acentuada cefalea y gran prostración . No tiene apetito , se encuentra muy descolorida y ha perdido de peso .

Se lleva á cabo su investigación hematológica que da por resultado el hallazgo de abundantes formas anulares de *Pl. falciparum*.

En su consecuencia se instituye tratamiento quino-stovarsol á las dosis corrientes en estos enfermos y al propio tiempo Optaron Bayer , por vía parenteral , y glicerofosfato de calcio é hierro por vía oral ; régimen alimenticio de gran contenido vitamínico , reposo y vida en lo más posible , al aire libre.

Se aliventa prontamente su fiebre y recobra su buen tono y euforia de siempre.

En este estado de aparente curación , discurren el otoño y el invierno siguiente, pero el 16 de Marzo de 1.927 , nos avisan urgentemente para asistirle profesionalmente á la enferma , á quien otra vez la han sorprendido las fiebres , la última de las cuales la ha acometido con gran aparato (40,4°), gran pesadez de cabeza y neuralgia occipital insistente , vómitos , intensa prostración. Seguidamente y previo fuerte dolor lumbo-sacro , copiosa hemorragia con expulsión de un huevo , como de tres meses .

Ponemos remedio á su alarmante estado , que ha llegado á la pérdida del sentido , con taponamiento útero-vaginal , con gasa estéril , ergotina , cafeína , bolas de hielo en cabeza y en región hipogástrica ; suero Hayem en abundancia.

Á continuación se la toma sangre del dedo índice derecho y de la que mana abundantemente , por sus genitales. . En ambas se encuentran gametos de *laverania* (semiliunas) .

Volvemos á repetir el tratamiento de quina , esta vez sola , á dosis de un gramo diario durante quince días seguidos y un gramo en días alternos durante treinta días más (en total treinta gramos del fármaco). No teniam

mos por el momento ,medios gametioidas ,como ya al poco tiempo ⁴aparecieron en el ambito terapeutico antimalarico. Completamos su plan con Arphes progresi-
ve Robert y Solarsón Bayer en inyectables y preparados vitaminicos por via or
La enferma se va al campo y á los dos meses en que volvemos á examinarla es
muy mejorada. Sus datosde laboratorio son ; Orina ,nada anormal .

Examen Hematológico.

Hematies en un mm³ de sangre..... 3520.000.
Leucocitos " " " " " 4.700

Serie Roja .

Hemoglobina 75 %
Valor globular 1,3
Velocidad de sedimentación. Ligeramente aumentada.
Poiqulocitosis ,anisocitosis ;poli cromasia.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	57	} Mielocitos .....1 Juveniles.....6 Cayados .....13 Segmentados .....37
Eosinófilos	3	
Basófilos	2	
Linfocitos pequeños	22	
" grandes	7	
Monocitos	7	
Células de Rieder.....	2	
	<u>100</u>	

Observaciones y comentarios.

~~XXXXXXXXXXXX~~ Como se puede juzgar de este breve apunte ,esta enferma que no manifiesta en sus antecedentes pato-
lógicos ,lues (sus reacciones serológicas de Wassermann , y complementari
han sido negativas),ni Melitococia ,gonococia , ni endometritis por sepsis
puerperales anteriores ,sin desviaciones y malconformaciones pélvicas ni
uterinas ,ni obstaculo al normal desenvolvimiento y evolución de su preñez
como fibromiomas ,mole vesicular ,pólipos uterinos ,quistes etc ,sin registr
en ella disfunciones ováricas ó hipofisarias etc ni traumas que expliquen su
fracaso concepcional y siendo tan evidente la parasitación plasmoidal á ella
exclusivamente hemos de cargar la cuenta de esta malograda vida .
Si mecanismo puede ser vario ; Por anoxemia con acidosis y vagotonismo -Toxe-
mia con inhibición de centros bulbares fetales & maternos .Excitación del
tema nervioso lumbo-abdominal materno con las subsiguientes contracciones ute-
rinas.

EUSTOQUIA DE LAS GONZALEZ.- De 37 años de edad, casada, natural de Jarama (Cáceres), donde reside.-27 de Julio de 1934. -4 de Marzo de 1.935.

Antecedentes familiares ó hereditarios. -Su padre, reumático, murió de cardiopatía cardio-vascular valvular. Su madre de edad avanzada y, al parecer de muerte natural. Sus hermanos sanos y fuertes.

Antecedentes patológicos personales. En su infancia nada patológico de relieve. En su pubertad una infección gastro-intestinal de carácter coli-bacilar. Menarquia á los 14 años. Sus menstrués, partos, puerperios y lactancias anteriores, totalmente fisiológicos.

Enfermedad actual.- Nos visita por vez primera, en nuestra consulta oficial del Dispensario Antipalúdico el 27 de Julio de 1934, con motivo de unas fiebres alternas, con tiritona y castañetas de dientes, gran cefalea, y quebrantamiento muscular; se encuentra pálida, abatida, anoréxica y ha perdido de peso.

Se lleva á cabo, en su sangre, investigación hemoparasitaria, hallando, tanto en gota gruesa, como en los frotis, teñidas por el método de Giemsa, anillos, de Pl. vivax, en crecido número.

Se la trata con bisulfato de quinina, á la dosis de un gramo diario, durante diez seguidos, y otro gramo en días alternos durante otros veinte días, (en total veinte gramos). Se la inyecta al mismo tiempo Arphos progresivo Robert, y á continuación Optaron Bayer y se termina prescribiéndola Ferroquina Maleri, á cucharadas en las dos comidas principales.

Desaparecen las fiebres y mejora en su estado general.

No obstante el 4 de Marzo de 1.935 nos avisan para que prontamente nos hagamos cargo de la enferma, la que hallamos en un estado de semiobnubilación con temperatura de 39,7°, gran taquicardia y con hemorragias de vías genitales de mediana intensidad. Interrogamos á los familiares y nos dicen que inesperadamente ha experimentado intenso calor con temperatura aún más alta de la por nosotros registrada, gran pesadez de cabeza, con fuerte dolor en occipucio y también en región lumbo-abdominal y, á continuación de este último, la hemorragia uterina que presenciaron, *con expulsión de un feto como de dos meses.*

Se hace taponamiento intrauterino y vaginal, con gasa estéril, implantamos bolsa de hielo en bajo vientre y en región occipital y inyectamos ergotina, caféin suero Hayem en cantidad de 500 c. c. y coramina á gotas como tónicos cardíacos.

Mejora la enferma , que se despeja de su confusión cerebral y se levanta su tono vascular , al desaparecer prontamente su hemorragia uterina.

Se la toma sangre del l'obulo de la oreja y de la que fluye por sus genitales , hallando en la primera algunas formas ameboides y dos gametocitos de Pl.vivax ; en la segunda , tomada en la región vulvar no tuvimos la fortuna de encontrar parásitos .

Se la vuelve á tratar , esta vez , con Atepe á la dosis de tres tabletas diarias , durante siete dias seguidos , como es usual en nuestro servicio. Al propio tiempo reiteramos nuestra terapéutica arseno-ferruginosa , tónica y estimulante de órganos hematopoyéticos para abatir su anemia y astenia . Con esto , alimentación vitaminica y vida de campo , conseguimos un restablecimiento completo , comprobado á los dos meses , clinica y hematológicamente .

Sus datos á raíz de su recidiva fueron ;

Orina = Normal .

Hematología

Hemates en mm.³ de sangre 3.250.000
Leucocitos 4.500

Serie roja.

Hemoglobina.....70%
Valor globular1,2
Velocidad de sedimentación = Moderadamente acelerada.
Anisocitosis , piquillocitosis ; policromasia .

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	52	} Monocitos .2 Juveniles...4 Cayados ...17 Segmentados29
Eosinófilos.....	3	
Basófilos	1	
Células de Rieder	1	
Linfocitos pequeños	25	
" grandes	7	
Monocitos.....	11	

100

Observaciones y comentarios. - Una vez más ante este caso , nos hacemos cargo de la gran proporcionalidad de recidivas que permiten tanto los preparados sintéticos acridínicos , aún cuando estos lleven alguna ventaja á la primera .

Por otra parte , este caso plasmado en características análogas al otro caso referido precedentemente , nos impulsa á estimar á la noxa palúdica como factor decisivo en la interrupción del embarazo , con tanta eficacia deagra-

7

ciadamentecomo otras infecciones ,ya de abolengo abortivas (lues ,gonorrea , fiebre de Malta y en menor escala las infecciones del tipo Eberthiano).

En nuestra enferma se pueden descartar ,sin vacilación todas estas ,de las que no hemos podido vislumbrar rastro alguno .

Asimismo no hemos podido registrar traumatismos ,trepidaciones de largos viajes ,emociones fuertes etc.

Tampoco comprobamos desviaciones y malformaciones útero-pélvicas ,asi como tumoraciones del canal genital (fibromiomas ,pólipos ,quistos ,mola vesicular etc .

Igualmente descartamos disfunciones hormonales ,ováricas ó hipofisarias ,avitaminosis B (antiestéril) que se hubieran ^{registrado} ,por lo demás en otras gestaciones anteriores.

Es pues ante esta negatividad (la sífilis descartada por dos veces mediante análisis serológico del Wassermann y complementarias ,aná de acusar nada sospechoso clínicamente] como niños prematuros ,con cráneo tabes ,con enfermedad de Parrot ,pénfigo etc). lógico atribuir el accidente gravídico á la malaria ,tanto más ,por lo evidente de la misma .

Si mecanismo patogénico reiteramos posiblemente lo fué por estos motivos: Anoxemia ,por anemia materna -toxemia y vagotonismo -Inhibición de centros bulbares de respiración y circulación ,con peligro de asfixia y parálisis cardíaca del feto .Excitación del sistema nervioso lumbó-abdominal de la madre ,con las subsiguientes contracciones uterinas .

BASILISA PAVÓN CRUZ. de 25 años de edad, casada, natural de Jarama de la Vera (Cáceres).--16 de Julio de 1.927.-- 7 de Marzo de 1.928.--

Antecedentes familiares. --Sin relieve patológico.

Antecedentes patológicos personales. -- Nacimiento, crianza y desarrollo normales. Sarampión á los dos años; varicela á los cinco. De ninguno de estos procesos infectivos la quedó consecuencia patológica alguna. Menarquia á los 14 años. Bronconeumonía á los 22 años. Desde entonces no ha vuelto á padecer.

Enfermedad actual. --Nos consulta por vez primera en nuestro servicio antipalúdico el 16 de Julio de 1927 en razón de unas tercianas con intensa tiritona, sudor copioso y gran prostración.

Se la practica análisis hemoparasitario en gota gruesa y frotis hallando en ambos gran cantidad de esquizontes de *Pl. vivax*.

Se la trata con bisulfato de quinina á la dosis de un gramo diario durante diez días y otro gramo en días alternos durante otros veinte días seguidos (en total veinte gramos). Se la adiciona, para subsanar su astenia y déficit hemático Solarsen Bayer y Arphen Robert progresivo (con estricnina); más tarde Hemoglobina Stengre "per os". Se la recomienda también régimen alimenticio de verduras y frutas frescas, reposo y vida de campo. Conseguimos en pocos días abolir los accesos febriles y mejorarla rápidamente de sus otros achaques. Sin embargo no se recupera del todo aquejando, de vez en cuando, un exarbo cierto vago malestar, aunque sin fiebre, y que se traduce por cefalalgia, á veces persistente y molestísima, como de jaqueca, anorexia y extenuación.

Discorre en este estado hasta el 7 de Marzo de 1928, en que hallándose, al parecer embarazada (pérdida de dos reglas) la sorprende, con un intenso acceso febril (40-98-2), con gran calor y trepidación neuro-muscular un vivo dolor en región lumbo-abdominal, que se irradia á regiones pudendas, seguido de una abundante hemorragia que la priva de sentido. En este instante nos regularon para auxiliar á la enferma, á la que diagnosticamos un aborto de dos meses.

En vista de su inquietante estado hacemos taponamiento, con gasa estéril, columnizando, todo lo mejor posible útero y vagina, implantamos bolsa de hielo en vientreinyectamos, "larga manu", suero Hayem para hidratar, cafeína para levantar su tono cardio-vascular, ergotina, como hemostático uterino etc. La enferma vuelve al conocimiento.

Como no encontramos en su historial clinico ,ni lues ,gonococia, fiebre de Malta ,sepsis puerperal anterior ,asi como malformaciones y desviaciones uterinas (fibromiomas ,mola vesicular ,pólipes uterinos ,retro ó látero flexiones patológicas etc ,asi como disfunciones ováricas ,hipofisarias ,avitaminosis E etc),y supuestas sus claros antecedentes palúdico se la toma sangre ,al propio tiempo del lóbulo de la oreja y de la que discurre por sus genitales ,encontrando al ^{examen} microscópico ,en una y otra abundantes esquistos y algún aislado gametocito de Pl .falciparum (semi lunas) .Este inesperado encuentro ,del cambio de especie parasitaria ,distingue á la que nosotros precedentemente habiamos diagnosticado en el ver no anterior (16 de Julio ^{de 1927} con esquistos de Pl .vivax) ,nos avisa ,ó de que ,efectivamente ,equivocamos ,por aquel entonces, la especie palúdica (nada raro en la escueta forma de anillos ,á veces confundible y nada de extraño en el mes de Julio ,época aún precoz para la aparición habitual de la especie trópica ,ó tal vez ,en que con posterioridad á su curación de la terciana (Pl .vivax) se hubiera reinfectado por la verania .Sea de ello lo que fuere y quiera opinarse ,instituímos tratamiento de quinina -plasmaquina ,advirtiéndola del gran peligro que corre de no curarse definitivamente ,si no lleva á cabo el tratamiento completo ,sin olvidar la plasmaquina ,verdadero factor esterilizante ,en su papel de gametocida . Se investigan albúmina y azúcar en orina ,no acusando ninguna de estas sustancias .

Sus datos de hematología fueron :

Recuento globular.

Hematies en un mm³ de sangre 2.500.000.
Leucocitos " " " " 3.400

Serie roja.

Hemoglobina65%
Valor globular1,2
Anisocitosis ,piquillocitosis ,poikilocitosis .

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	61	} Mielocitos .....2 Juveniles .....5 Cayados .....7 Segmentados.....47
Eosinófilos.....	2	
Basófilos.....	1	
Linfocitos pequeños.....	25	
" grandes	5	
Monocitos.....	7	
Celulas de Rieder.....	0	

Se repite su medicación tónica y hematopoyética y alimentación sana y con abundancia de verduras y legumbres y frutas frescas, reposo y vida de campo.

Observaciones y comentarios. Descartadas las otras posibles causas de aborto que ya hemos descartado, sin antecedentes de traumatismo, ni trepidaciones de viajes largos, que lo hubieran explicado, y siendo tan manifiesta su infección hematógena, á ella lógicamente hemos de atribuir y achacar este grave contratiempo de la interrupción brusca y amenazadora de su gestación y ello ha de hacernos cautos para vigilar de cerca á estas embarazadas, previamente palúdicas, en evitación de estas peligrosas recidivas. Ya anteriormente hemos aludido á su probable y lógica patogenia.

A.T.S. de 34 años de edad , natural de Jarama de la Vera (Cáceres) casada y con un sólo hijo á pesar de haber tenido múltiples gestaciones que no se han logrado. 17 de Agosto de 1938.- 4 de Marzo de 1.939.

Antecedentes familiares.- Su padre falleció en edad avanzada de reblandecimiento cerebral; su madre de cáncer hepático. Una hermana mayor sucumbió de tumor maligno de útero .Otros dos hermanos (hermana y hermano)viven en novedad.

Antecedentes personales. Menarquia á los 14 años y siete meses ,continuuando con regularidad en cantidad y duración.

No ha padecido de disturbios metriticos (tumores ,pólipos ,endometritis , tricomonas ,etc).

Las reacciones de Wassermann y serológicas complementarias han sido ,por tres veces negativas (incluso mediante previa reactivación con salvarsan).

Enfermedad actual. - Concorre á nuestra consulta oficial del Dispensario Antipalúdico con ocasión de unas fiebres ,con gran caloríe á intenso quebrantamiento muscular ,pérdida de apetito y descolorida .

Hecho el examen hemoparasitario en gota gruesa y frotis ,en ambos hallamos gran cantidad de formas anulares de Pl falciparum (Laverania malariae).

Se la trata con quinina por no querer aceptar el Atepsé ,en evitación del color amarillente que provoca esta droga .También rechaza á pesar de nuestra insistencia ,de tomar, al final de la cura quinica ,Plasmaquina ,no obstante de prevenirla que es el único modo de lograr una verdadera "Terapia estirili sans magna" y con ella la garantía de su definitiva curación.

Sus otros datos de laboratorio fueron ;

Recuento globular.

Hematies en un mm³ de sangre4.700.000.
Leucocitos.....5.200.
Plaquetas85.000
Hemoglobina 87%
Valor globular.....Aproximado á la unidad.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	61	} Miocitos.0 Juveniles..0 Cayados ..14 Segmentados47
Eosinófilos	1	
Basófilos.....	0	
Linfocitos pequeños	22	
" grandes	7	
Monocitos.....	9.	
	100.	

Anisocitosis , ligera poliquillocitosis ; no policromasia.

Tiempos de coagulación y sangría normales.

Velocidad de sedimentación ; Á la hora7mm; Á la segunda hora 14mm.

Indice de Kats 7 más $\frac{14}{2} = \frac{14}{2} - 7$ mm.

Exploración clínica - Normal en todos sus tramos orgánicos, Á excepción de moderada anemia , que informa, un no muy acentuado cansancio .

Al año siguiente , consigue un segundo embarazo que conlleva bastante bien. No obstante el día 4 de Marzo , el tercer mes de su gestación, siente un fuerte dolor infraumbilical medio , seguido de una gran hemorragia genital, expulsando con ella un feto con sus envolturas ovulares como de tres meses , todo ello acompañado de un intenso acceso febril (40,3º) con gran calor y agitación neuro-muscular. Nos regularon para su asistencia y puestos en la pista de su pasada laborancia del otoño anterior , procedemos al análisis hematológico , registrando anillos y semilunas (21 .falciparum).

Una vez corregido este desgraciado percance de su embarazo volvemos Á insistir cerca de la enferma y de sus familiares, para que ejecute en todo su rigor el tratamiento antimalárico correcto Á base , como es lógico de quinina y plasmoquina.

Sin embargo nuestros consejos fueron , una vez más , desoídos , no tomando más que la quinina , esto sí , en la cantidad recomendada y en la duración prescrita , desistiendo de las tomas de Plamoquina , en razón de que la habían diagnosticado anteriormente de una lesión hepática , incompatible con esta medicación.

Estos episodios se han vuelto Á repetir en otras tres gestaciones más, subsiguientes Á esta referida , aunque ^{que} sin estas contingencias tan molestas y peligrosas hayan conseguido que rectifique su conducta. En las dos antedichas no intervenimos ; en la última se nos volvió Á encomendar de los cuidados de la enferma y en el análisis practicado se encontraron nuevamente semilunas , si bien en escasa cantidad. Esto nos induce Á estimar su malaria crónica recidivante, Como consecuencia nos reiteramos en nuestro de punto de vista terapéutico y con seguimos , más afortunados que antes , con la ya ayuda de su marido , , reducir su obstinación negativa , logrando que Á continuación de la quinina hiciera la cura plamoquinica .

Desde entonces no ha vuelto hacerse embarazada , sin que por consiguiente podamos comprobar su normalización endometrial.

Sin embargo Á los dos meses de tratamiento , que , dicho sea de paso , fué com-

pletado con Optarson Bayer ,Hepavital fólico y vitamina C y E (antiestéril), se repite su investigación hematológica que nos evidencia la vuelta a su normalidad ,tanto por la carencia de parásitos como por la recuperación de glóbulos y pigmento hemático ,corrección de la degradación de sus hemtles y cambio de su leucopenia y relativa monocitosis , a su proporción leucocitaria habitual ,a su edad y sexo ,dentro de los limites fisiológicos.

14
EULALIA BOTE LOPEZ .-

25 años de edad , casada , natural de Jarama
(Cáceres). - 7 de Abril de 1939. - 25 de Octubre de 1939.

Antecedentes familiares ó hereditarios .- Sin interés patológico.

Antecedentes personales .- Nació á término .- Lactancia materna normal.
Sarampión á los cuatro años ; escarlatina á los siete , menarquia á los quince.

Enfermedad actual .- Viene á nuestra consulta oficial del Dispensario por vez primera el 7 de Abril de 1.939. con motivo de unas calenturas de tipo tercianario , con intenso caloríe , castañetes de dientes , fuerte cefalalgia , náuseas y , á veces vómitos ; gran estenuación.

Se la toma sangre en gota gruesa y frotis y en ambas preparaciones manifiesta abundantes esquizantes de Pl. vivax .

Se la trata con bisulfato de quinina , á la dosis de un gramo diario durante quince dias seguidos y otro gramo en dias alternos durante otros quince dias (en total 22 gramos y medio). Al propio tiempo se la prescribe como medicación complementaria hemopoyética Solarón Bayer y Phosphorrenal Robert en inyectables ; más tarde Ferroquina Risleri " per os ".

Se la recomienda asimismo régimen alimenticio de verduras y frutas frescas de gran contenido vitamínico , reposo y á ser posible , y en época propicia vida de campo.

Desaparecen las fiebres y se repone en su estado general. Sin embargo, de vez en cuando , siente cierto indefinido malestar aún cuando no se traduce por fiebre , y si tan sólo por dolor de cabeza , pérdida de apetito y cansancio.

Así las cosas , el 25 de Octubre del propio año , hallándose embarazada de tres meses , siente con un violento acceso de fiebre (40,3°) con gran tiritona , fuerte dolor en región lumbo-sacra , que se irradia á regiones pudendas y seguidamente es manifiesta una gran ~~hemorragia~~ metrorragia , que la hace perder el conocimiento.

Nos avisan para hacernos cargo de la enferma á la que diagnosticamos un - aborto , como de tres meses . En vista de su alarmante estado , hacemos taponamiento , con gasa estéril , de útero y vagina , rellenoando bien ambos órganos ; se implanta permanentemente bolsa de hielo en región hipogástrica , se la inyecta ergotina , como hemostático uterino , suero Hayem y cafeína , para hidratar y tonificar el aparato cardio-vascular de la enferma y se la pone en posición de Trendelenburg para irrigar convenientemente los centros encefálicos de la misma . La enferma prontamente recobra el sentido ,

se la toma sangre del lóbulo de la oreja y de la que discurre de sus órganos genitales .En la primera hallamos moderada cantidad de esquistos y algún que otro gametocito de Pl .vivax .En la segunda nuestras pesquisas fueron poco afortunadas ,no hallando vestigio alguno de parásitos palúdicos. Se investiga albúmina y azúcar en orina y tanto en uno como en otro elemento es negativa la prueba .

Sus otros datos de laboratorio son ;

Recuento globular .

Hematies en un mm³ de sangre3.700.000.
Leucocitos" " " " 4.300.

Serie roja.

Hemoglobina.....70%
Valor globular 1,1
Anisocitosis ,pliquiilocitosis ,;no policeremama.
Velocidad de sedimentación :moderadamente acelerada.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	57	} Mielocitos .0 Juveniles...4 Cayados.....7 Segmentados46
Eosinófilos.....	3	
Linfocitos pequeños.....	25	
" grandes.....	4	
Basófilos	0	
Monocitos	II	
Células de Mader.....	0	
	100	

Se la trata esta vez con Atepsé á la dosis de tres tabletas diarias ,una á cada comida ,con abundante cantidad de liquido para obtener una más perfecta tolerancia y una mejor absorción .Asimismo se insiste nuevamente en la medicación arseno-ferruginosa y régimen alimenticio rico en vitaminas, reposo y vida de campo .Con esto conseguimos abolir las fiebres y recuperar su tono orgánico y fisiologismo hemático.

Observaciones y comentarios .- Ante todo lo que resalta en el estudio de esta enferma ,es que su disturbio tccológico en el supuesto lo haya sido por la malaria ,se debe á la especie Pl. vivax y no al tipo lavernia malariae como de ordinario suele acontecer .

El que parece haberlo originado el hamatemario ,parece fuera de toda duda por no haberse hallado vestigio alguno de sífilis (reacciones Serológicas todas negativas)ni rastro de Gelliteocia ,ni malformaciones y tumores uterinos ,desviaciones ni malformaciones genitales etc .).

Es pues un caso más que añadir á los anteriores.

PETRA ESCUDERO GÓMEZ.- De 27 años de edad , casada , natural y residente en Jaral de la Vera (Cáceres). 16 de Junio de 1943 .- 3 -IV -1944.

Antecedentes familiares ó hereditarios .- Su padre vive atormentado por un asma bronquial de muchos años ; su madre goza de salud .Otros hermanos, al parecer sanos y fuertes.

Antecedentes patológicos personales.- Su nacimiento, crianza , y pubertad , sin alteraciones morbosas de significación. Menarquia á los 15 años .Otro parto y su puerperio y lactancia correspondientes , del todo fisiológicos.

Enfermedad actual.- Acude á consultarnos al Dispensario en la iniciación de un estado febril de tipo irregular , sin ritmo determinado , aún cuando con calofrío , palidez é intensa astenia , pesadez de cabeza y copioso sudor terminal ; se halla muy emaciada y nerviosa con insomnios rebeldes.

Se la toma sangre en gota gruesa y frotis del lóbulo de la oreja y previa coloración con Giemsa se comprueban en las preparaciones abundantes esquizontes de *Pl .vivax* .

En consecuencia se la trata con quinina (bisulfato) ~~en~~ á la dosis de un gramo diario durante diez días y otro gramo en días alternos durante otros ~~veinte~~ veinte días (en total veinte gramos) . Asimismo se la inyecta Solarsón Baye y Retilón (extracto hepático antianémico) y se la recomienda régimen alimenticio de alto contenido vitamínico.

Desaparecen los ~~access~~ accesos febriles y mejora de su anemia y agotamiento orgánico .

En este buen estado discurre todo el verano , otoño é invierno , pero en la primavera siguiente hallándose en su segunda preñez la sorprende el día 3 de Abril de 1.944 un violento acceso (40,5º) con gran temblor , fuerte cefalalgia , sobre todo en región frontal media , y más tarde intenso dolor en región lumbar , que se traduce á poco por ~~sangre~~ copiosa hemorragia uterina, si bien conservando su lucidez mental . Al día siguiente , envuelto en uno de los grandes coágulos sanguíneos expulsa un embrión como de dos meses. Se la cohibe su hemorragia y se la atiende en su anemia , deshidratación , hipotonía vascular etc con ergotina , cafeína , cardiazol , suero Hayem y plasma sanguíneo etc.

En vista de su anterior parasitismo se la repite el análisis hematológico que evidencia formas ameboides y algunos gametocitos de *Pl, vivax*.

Se cambia su medicación específica tratándola esta vez con Atepé en las dosis normativas en nuestra consulta , esto es, de tres tabletas diarias

(una á cada comida) con abundante cantidad de liquido ,para una mejor tolerancia y absorción .Al propio tiempo se reitera su medicación marcial ,arsenical y de extractos hepáticos y régimen alimenticio de gran porcentaje vitaminico.

Con esto la enferma mejora ostensiblemente ,como comprobamos clinica y hematológicamente .

Los datos de laboratorio que conservamos,de aquel entonces en su fase recidivante fueron los siguientes ;

Orina_ Normal en todos sus elementos .

Hematologia.

Recuento globular.

Hematies en un mm³ de sangre.....4.300.000.
Leucocitos " " " " " 5.700

Serie roja.

Hemoglobina87 %
Valor globularSensiblemente cercano á la unidad.
Velocidad de sedimentaciónNormal
Ligera anisocitosis y poliquilocitosis ,anisocromia ;no policromasia.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	61	{ Mielocitos .....0 Juveniles .....4 Cayados .....7 Segmentados.....50
Eosinófilos	4	
Basófilos	0	
Células de Rieder.....	0	
Linfocitos pequeños.....	22	
" grandes	6	
Monocitos.....	7	

100

Observaciones y comentarios. -Otra enferma que recidiva de su malaria por insuficiencia esterilizante dela quinina .

Y otro caso más que añadir de aborto por paludismo habida cuenta de las otras causas que corrientemente lo determinan y que en ella han sido excluidas clinica y analíticamente .

Una vez más llamamos la atención de Ginecólogos ,paludólogos y en general á todo Médico ejercitantes en ambiente palúdico á fin de que vigilen y controlen á toda gestante ,que previamente haya sido anteriormente inoculada por el anopheles .En estos parajes densamente endémicos es obligación y postulado inexcusable .

H. M. C.

de 34x años de edad , casada , natural de Losar de la

Vera (Cáceres), vecina y residente en Jarama de la Vera (Cáceres).--

25 de Junio de 1.943 á 7 de Abril de 1944.--

Antecedentes familiares ó hereditarios.-- Su padre padeció de asma bronquial ; su madre reumática . Sus hermanos sanos y fuertes.

Antecedentes patológicos personales .-- Su infancia y juventud sin interés patológico de importancia , pues tan solo cuenta sarampión á los cuatro años , sin resultado ni taras morbosas alguna . Su desenvolvimiento por lo demás completamente eutrófico. Menarquia á los 14 años . Sus menstruos, partos y puerperios y lactancias anteriores totalmente normales.

Enfermedad actual.-- Nos consulta en el Dispensario el 25 de Junio de 1943

con ocasión de unas calenturas que empezando de un modo intermitente quedaron después en cotidianas con caloríe , palidez , anorexia y desnutrición. ; gran astenia.

Se la toma sangre en gota gruesa y frotis y en ambas preparaciones muestra abundantes mononúcleos de Pl.vivax. Se la trata con bisulfato de quinina á ladema de un gramo diario durante diez días seguidos y otro gramo en días alternos durante veinte días (en total veinte gramos). Al mismo tiempo se la prescribe como medicación coadyuvante antianémica y tónica Optoson Bayer y Opatónico Merck , el primero por vía parenteral ; el segundo por vía oral . Asimismo Cebión Merck en inyectables por vía endovenosa . Se la completa su régimen vitamínico con frutas y verduras frescas (lechugas, remolacha , naranjas, limones , tomates , fresas etc.

Se ve libre prontamente de las fiebres y mejora de su precario estado general . Á pesar de ello , de cuando en cuando siente cierto malestar indefinible que se traduce más bien por un estado psicastenico . con anorexia , cansancio , tristeza sin causa eficiente para ello , algún que otro pasajero dolor de cabeza etc . De pronto el día 7 de Abril de 1.944 hallándose encamada abate un caloríe fuerte con subida ~~temperatura~~ térmica á 39,7° á intensa cefalalgia y dolor también muy acusado en la región lumbosacra que se irradia hacia pubis , seguido de una profusa metrorragia que determina un estado lipotímico (pérdida del conocimiento , gran taquicardia , midriasis , frialdad periférica etc) . En este instante nos llamamos para intervenir en el caso . Se la hace taponamiento útero-vaginal , con gasa estéril , se implanta bolsa de hielo en región hipogástrica , inyectables de ergotina como hemostático uterino , cafeína como estimu-

lente bulbar ,vendaaje de extremidades para mandar sangre al centro etc, suero Hayem y plasmeterapia para corregir su deshidratación y como estimulante de órganos hemo-poéticos. La enferma vuelve a su sentido .

Se la toma sangre en gota gruesa y frotis del dedo índice y de la que mana de sus genitales hallando en ambas , formas anulares ,formas meboldeas y algún que otro fin cuando escasos gametocitos de Pl. vivax ,si bien en menor proporción en la sangre precedente del canal útero-vaginal .

Sus otros datos de laboratorio fueron : Ausencia de albúmina y azúcar en orina ,tasa de urea normal(en sangre) ,asi como la glucemia ,sedimento urinario ,corriente, sin hematies ,ni plocitos ,ni cilindros etc.

En su hematología tuvimos ;

Recuento globular .

Hematies3.740.000
Leucocitos 4.300

Serie roja.

Hemoglobina76 %
Valor globular 1,4

Anisocitosis ,poliquilicitosis ,polieromafia ; anisocromia.

Velocidad de sedimentación - a la primera hora 25 mm ; a la segunda 14mm

Indice de Kats = $25 \text{ mm} \times \frac{14}{25} = \frac{350}{25} = 14 \text{ mm}$

Formula Leucocitaria .

Polinucleares neutrófilos	43	} <div>Mielocitos.....2 Juveniles.....5 Cayados.....11 Segmentados.....25</div>
Eosinófilos.....	2	
Basófilos	1	
Células de Reider.....	0	
Linfocitos pequeños	34	
" grandes	9	
Monocitos.....	11	
	<u>100</u>	

Se la trata ahora con Ateplé ,con arreglo nuestra pauta ,de tres tabletas diarias durante siete dias seguidos ,diluidas con abundante cantidad de liquido ,para una más acabada tolerancia .Se repite tambien la terapéutica arsenofé ferruginosa y vitaminica . Con este ,se ahuyentan las fiebres y se recupera de su tono orgánico y fisiológico globular y pigmentario.

Observaciones y comentarios. Desechadas en esta ,como en otras pacientes de análogas características el aborto por lues (con Wassermann y complem

20
tarias negativas) melitococia , gonorrea y otras infecciones septicémica y no habiendo rastro de fibromiomas , pólipos uterinos , mola , endometritis , disfunciones ováricas ó hipofisarias , avitaminosis E , traumas ó trepidaciones violentas y sostenidas de largos viajes etc y siendo tan extensa la malaria , es lógico atribuir á ella la cesación del embarazo con la hemorragia amenazadora consiguiente .

Su patogenia , calcada en la que ya imaginamos para los casos similares , que van anteriormente estudiados.

Antecedentes familiares ó hereditarios .- Su padre murió de infección Eberthiana ; su madre vive y goza de plena salud .Tiene un hijo en completa eutrofia.

Antecedentes patológicos personales.- Sin nada de relieve patológico en su infancia .Menarquia a los 14 años .Sus menstruos y el parto y alumbramiento del único hijo que tiene ,completamente fisiológicos.

Enfermedad actual.- Empezó á sentirse mal el ~~1943~~ 7 de Septiembre de 1.943 en que nos visita en la consulta oficial del Dispensario Antipalúdico á causa de unas fiebres de tipo indeterminado ,sin periodicidad alguna ,pero que sin embargo todas ellas se acompañan de calosílos intenso ,cefalea ,vómitos y gran astenia .No tiene apetito ,ha perdido de peso ;gran palidez .

Se la practica hematoscopia , tanto en gota gruesa como en frotis , diagnosticandola de laverania ^{malariae} ~~malariae~~ con forms anulares (Pl .falciparum) .

En vista de este resultado prescribimos un gramo diario de bisulfato de quina durante diez días y otro gramo en días alternos por espacio de otros veinte días más (en total veinte gramos de la medicación). A continuación se la entrega personalmente, en atención de que la enferma desea irse al campo, medida que que aplaudimos, para su mejor recuperación, cuatro centigramos por día durante cinco, ininterrumpidos, de Plasmokino Bayer a fin de procurar esterilizarla de su peligrosa parasitación.

alejada de nuestra inpección ,por algún tiempo ,prosigue con variadas alter-
nancias de mejoras y recaídas ,sin grandes adelantos ni tampoco graves contras-
tiempos ,pero sin haber logrado una curación definitiva .Durante este lapso no
hemos vuelto á explorar á esta enferma ,porque creyendo que sus achaques y mo-
lestias no eran dependientes del ataque hematomarico ,hayscindido de nuestra
ayuda .Por segunda vez nos requirieron el 17 de Agosto de 1.948 con motivo de una
gran hemorragia uterina con expulsión de un huevo como de dos meses y medio á
tres y seguramente como consecuencia de unaso febril de 40,32,con gran trepidación
neuro-muscular ,como en inminencia de eclampsia ;gran dolor abdominalumbal
correspondiente á la zona del ^{Head} sacro-uterina (metámero genital) .En estas circun-
stancias y previas las medidas terapéuticas para cohibir la hemorragia y corre-
gir su estado lipotímico (bolsa de hielo en región hípegástrica ,ergotina ,sue-
ro Hayem ,cafeína , plasmoterapia etc) tomamos sangre del lóbulo de la oreja

y dela que fluye por sus genitales y tanto en una como en otra, una vez hecha la tinción por el método de Giemsa -Leishmann diagnosticamos parasitación malarica por *Pl. falciparum*, con relativa abundancia de gametocitos de esta especie. (esplumado).

Relativamente sorprendidos de este hallazgo (por ser tantos los enfermos que se resisten á tomar la plasmoguina por estimar estar suficientemente garantidos con las tomas de quinina, creyendo que la desaparición de las fiebres implica la curación definitiva de su enfermedad) interrogamos á la enferma y sus familiares sobre la trayectoria que ha seguido su padecimiento desde el largo interregno en que no hemos vuelto á examinarla y en efecto nos confirmó plenamente nuestros temores de que hubiera desechado la Plasmoguina que con tanta insistencia la recomendamos. Esta segunda vez y ya escarmentada de su error, y llevada del convencimiento de que para su "terapia sistémica magna" es imprescindible la toma de ambos medicamentos, accede á realizar el tratamiento á base de dos tiempos: : Uno de quinina, análogo al de la primera fase de su enfermedad y el otro tomando cuatro centigramas diarios de Plasmoguina durante cinco días seguidos. Vigilamos esta vez la marcha y comprobamos que en efecto ha ejecutado el plan en la forma recomendada. Añadimos como en su primera etapa recursos hemato-poyéticos y tónicos á base de arsenicales, ferruginosos, extractos hepáticos, vitaminas C y E (antiestéril) etc.

La enferma no ha vuelto á experimentar desde entonces el menor trastorno y nos consta ha vuelto á tener hijos sin el menor disturbio tocológico.

Los datos que conservamos de su primera investigación fueron:

Orina = Tanto en el análisis químico, como en el sedimento, no señaló nada anormal.

En sangre hallamos:

Recuento globular.

Hemáticas en un mm³ de sangre 3.400.000.

Leucocitos " " " " " 4.700

Serie roja.

Hemoglobina 70%

Valor globular 1,2

Velocidad de sedimentación = En la primera hora 22 mm; en la segunda 14 mm.

Índice de Ets = $22 \text{ mm} \times \frac{14}{22} = 14,5 \text{ mm}.$

Anisocitosis, poiquilocitosis, anisocromia; no polikromatoma polikromasia.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	57	→	Mielocitos 3
Eosinófilos.....	3		Juveniles 4
Basófilos.....	1		Gayados 7
			Segmentados 43
Linfocitos pequeños	25		
" grandes.....	4		
Monocitos.....	11		

100

Al mes y medio de tratamiento se repite la investigación hematológica que evidencia una gran mejoría, con recuperación casi total de glóbulos y pigmento y desaparición de la degradación de hematies y vuelta de su neutropenia y relativa monocitosis a su proporción leucocitaria habitual, a su edad y sexo, así como a sus cifras fisiológicas en la sedimentación de hematies.

Observaciones y comentarios.- Ante todo nos ofrece esta paciente una malaria latente por un exceso de tiempo ya no habitual como en otras épocas cuando no se contaba con la actuación eficazísima, con el riguroso control del Dispensario sometiendo a la hematoscopia al menor atisbo de parasitación, pues no es de suponer que se trate en este caso de una reinfección suponiendo vencida la primera. Porque además sería harto raro que se hubiera contagiado de la misma especie. Y es que aún cuando ya es sabido que el paludismo no confiere inmunidad, sin embargo parece ser que los enfermos ofrecen una cierta resistencia a dejarse invadir por la misma especie que atacó en un primer tiempo.

Por lo demás, al igual que en otras similares situaciones, parece fuera de toda duda que la causa eficiente del aborto lo ha sido el plasmodio, cuando ha estado ausente el treponema (serología negativa del Wassermann y complementarias que hemos efectuado en todas estas enfermas historiadas) el gonococo, micrococcus mellitensis, colibacilo etc, así como anomalías de constitución, disfunciones hormonales, traumas etc.

En patogenia, por no caer en enojosa repetición la imaginamos como ya hemos apuntado anteriormente,

PLACIDA GÓMEZ GIMÉNEZ. - de 34 años de edad, casada, natural de Jaral de la Vera (Cáceres) .- 16 de Agosto de 1.944 .- 7 de Diciembre del 1.944.

Antecedentes familiares ó hereditarios .- Sin relieve patológico .

Antecedentes patológicos personales .- Su nacimiento, crianza ó infancia normales . Se rampión á los cuatro años . Su menarquia á los 14 años . Á los diez y siete años , bronconeumonía , de la que no le quedó consecuencia morbosa alguna . Desde este episodio no ha vuelto á sentirse mal . Sus menstruaciones , partos y puerperios y lactancias anteriores , del todo fisiológicos .

Enfermedad actual .- Nos consulta por vez primera en el Dispensario , por unas calenturas de ritmo cotidiano , con calofrío , pesadez de cabeza , neuralgia occipital , sudor copioso y gran abatimiento . No tiene apetito , se encuentra muy pálida y desnutrida .

Se practica en su sangre del dedo índice gota gruesa y frotis y previa tinción Giemsa -Leishmann encontramos formas anulares de *P. falciparum* en buena proporción .

Se la trata con quinina á la dosis de un gramo diario (de bisulfato) durante diez días seguidos y otro gramo en días alternos por espacio de otros veinte días (en total veinte gramos de quinina) . En virtud de haberse ausentado de esta localidad , antes de terminar el tratamiento impuesto en esta primera etapa y antes de haberle completado , como es inexcusable en estos casos con plasmokuina , la perdemos de vista y no podemos ejercitar el debido control de la evolución de su proceso .

Según informes recibidos á posteriori , desaparecieron las fiebres y con esto y merced á la medicación coadyuvante arseno-ferruginosa y de vitaminas CyB (cebión y betabión Merck) , estricnina y fósforo (Verotona) se recuperó de su precario estado general de anemia y agotamiento cerebral .

A pesar de toda su extensa medicación y cuando se la creía restablecida el día 7 de Diciembre del propio año , y en estado de preñez , la sorprende un intenso acceso febril (40,3°) con gran cefalalgia , intensa tiritera y dolores fuertes en región lumbosacra y sacra que se irradia hacia regiones pudendas y que seguidamente se traduce por una fuerte hemorragia uterina que la priva del conocimiento . En estas circunstancias nos llaman para aliviar á la enferma . Prontamente procedemos á cohibir su hemorragia y reanestesia en su sensorio , consiguiéndolo con taponamiento útero-vaginal , con gasa estéril , ergotina , cafeína , bolsa de hielo en bajo vientre , suero Hayem , plasma sanguíneo etc . La enferma , que hemos tenido en posición de Trendelenburg por esp

cio de media hora , al fin vuelve en sí.

En razón de los conmemorativos de su anterior ataque palúdico , procedemos á tomarla sangre del lóbulo de la oreja y previa tinción de gota gruesa y frotis por el método de Giemsa -Leishmann hallamos tanto en una como en los otros gametos de *Pl. falciparum* (semilunas) en regular proporción (dos á tres por campo microscópico) ; no así con las preparaciones análogas hechas con sangre de sus vías genitales , donde nos fracasa el intento.

En su virtud llevamos á cabo , ahora con todo rigor , el tratamiento de quinina -plasmoquina (por habernos rechazado el Ateps que la propusimos en razón de la coloración amarillenta que suele proporcionar , y que ella teme) , que comprobamos no se hizo antes en toda su integridad , pues que prescindió de la plasmoquina pretextando una acción tóxica de este preparado , según oídas . Además repetimos , la terapéutica antianémica y vitaminica , con vida de campo que la devuelven su bienestar .

Sus datos del laboratorio concernientes á la fase de su recidiva , fueron ;
Orina = Tanto en su bioquímica como en el sedimento , completamente normal.

Hematología .

Recuento globular.

Hematies en un mm³ de sangre 2.500.000.

Leucocitos " " " " " 3.400.

Serie roja.

Hemoglobina 65 %

Valor globular..... 1,2.

Velocidad de sedimentación . En la primera hora 22mm . En la segunda 14mm.

Indice de Katz = $24 \frac{14}{2} = 21 = 10,5 \text{ mm.}$

Anisocitosis , poliquilocietosis , anisocromia ; policnomasia .

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	47	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Mielocitos} \dots 2 \\ \text{Juveniles} \dots 5 \\ \text{Cayados} \dots 14 \\ \text{Segmentados} \dots 26 \end{array} \right.$
Eosinófilos.....	3	
Basófilos	2	
Linfocitos pequeños	30	
" grandes	7	
Monocitos	11	
Células de Rieder.....	0.	
		100.

Observaciones y comentarios. - Otra recada más que añadir de la verania al prescindir de las tomas de plasmoquina en su primera etapa , que la hubieran puesto á cubierto de ella.

Por lo demás ,el percance es similar á los ya estudiados en anteriores páginas y con idénticas características .

En efecto ,aquí, como allí, en aquellos , no se encuentra ni en su historial ni en el examen clínico ,ni en los análisis serológicos de sangre (Vassera y complementarias) ni sífilis ,gonococia ,melitococia ,ni estigma alguno de otras septicemias más ó menos claramente abortivas.

Tampoco tumoraciones útero-pélvicas ,ni desviaciones ,malformaciones ,traumas etc que pudieran dar razón del disturbio tocológico .Asimismo no vislumbramos disfunciones hormonales ováricas ,tiroides ,hipofisarias etc que alteraran su reposo concepcional.

Insistimos pues en reputar al plasmodio como agente vulnerante de la concepción humana y más frecuente de la que por general se le ha estimado aún por Paludólogos de gran valía (Barbosa entre ellos).

La explicación de su patogenia ya la hemos consignado y según nuestro modo de ver ,anteriormente y esto nos excluye la repetición.

LEANDRA PAZ RODRIGUEZ.- De 25^v años de edad, casada, natural de Jarama de la Vera (Cáceres) donde reside. -25 de Agosto de 1947.-
7.- IV - I.948.-

Antecedentes familiares ó hereditarios. -Su padre murió de apoplejia; su madre de edad avanzada, se conserva bien.

Antecedentes patológicos personales.- En su infancia y pubertad no se halla vestigio patológico alguno. Tan sólo cuenta haber tenido sarampión á los dos años, del que quedó bien. Menarquia á los 14 años. Sus menstruos normales, tanto en cantidad como en ritmo y duración.

Enfermedad actual.-Viene por primera vez á nuestra consulta del Dispensario el 25 de Agosto de 1947 impulsada por unas fiebres que no guardan período determinado pero que se acompañan ^{todas} de escalofrío, gran cefalalgia y acentuado quebrantamiento muscular, anorexia, palidez, desnutrición.

Se laproscópica investigación hemoparasitaria que revela gran número de esquizontes de liverania malarica (Pl. falciparum).

Se la prescribe tratamiento de Atopó á la dosis de tres tabletas diarias una á cada comida, con abundante cantidad de líquido para una mejor dilución en busca de una mejor tolerancia y buena absorción. Además, al término de esta medicación instituímos terapéutica arseneo-ferruginosa, tónicos nerviosos á base de estrionina (Verotona con estrionina), extractos hepáticos y vitamínicos (cebión y dibionta), para condicionar á su surgimiento. Conseguióse ahuyentar las fiebres y elevar su tono orgánico aumentando su color, peso etc.

Á pesar de esta aparente mejoría el día 7 de Abril de 1948 en ocasión de hallarse embarazada, nos reclamó para asistirle, en virtud de haberla acometido una fiebre muy aparatosa (40,3º) con gran temblor neurocular, gran cefalalgia é intenso dolor lumbosacro seguido de una copiosa hemorragia genital que hizo la hacer desallegar. Llevamos á cabo taponamiento útero-vaginal y al extraerlo á las veinticuatro horas por renovarle comprobamos un feto, como de dos meses, producto de su primer gestación. Se la inyecta ergetina, como hemostático uterino, café como estimulante bulbar, le rehidratamos con suero Hayem y procuramos aumentar su capacidad defensiva y estimular sus órganos de hemopoyesis con plasma sanguíneo. La enferma vuelve en sí.

Al propio tiempo se la tomó sangre del dedo índice y de la que salía de una manera abundante por sus órganos genitales. En lapraxis halla-

nos escasos gametos de Laverania malariae (semilunas) ; en la segunda nuestras pesquisas fueron infructuosas .

Por lo visto el Atepi, como no pocas veces ocurre, es incapaz de evitar la recidiva , sobre todo teniendo en cuenta que cada tableta del preparado lleva cinco miligramos de plasmoguina (el verdadero gametocida y por consiguiente el esterilizante en la infección laveránica) , cantidad ⁵²insuficiente para que este compuesto despliegue su verdadero cometido . Por esto en este segundo tiempo terapéutico cambiamos el tratamiento en sentido de prescribir un gramo de quinina durante dos días seguidos , y otro gramo en días alternos por espacio de veinte días , esto es, un total de veinte gramos y á continuación cinco centigramos diarios de Plasmoguina en el correr de cinco días . Reiteramos asimismo la medicación coadyuvante á base de stovarsol , hepavital y Verotona con estricnina . Además reposo y vida de campo .

Con este proceder la enferma recobra su normalidad neuática y en general orgánica.

Los datos de laboratorio que de la misma conservamos son los siguientes : Tanto en la parte mineral como en los elementos orgánicos y el diluyente es totalmente normal.

Sangre, = Recuento globular.

Hemáticas en un mm³ de sangre 3.250.000.
Leucocitos " " " "4500.

Serie roja.

Hemoglobina 72 %
Valor globular..... 1,3
Velocidad de sedimentación.- En la primera hora 10mm . En la segunda 10
Indice de Kutz = $18 \text{ mm} \times \frac{10}{2} = \frac{23}{2} = 11,5 \text{ m.m.}$

Poiquilocitosis , anisocitosis , anisocromia ; no policromasia.

Fórmula leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	52	} Mieloцитos 2 Jueveniles 7 cayados...14 Segmentados 29
Eosinófilos.....	3	
Basófilos	2	
Linfocitos pequeños.....	25	
" grandes.....	7	
Monocitos	11	
Células de Mader.....	0.	
		100.

Observaciones y comentarios.- Este caso, nos muestra en primer término el que tanto la quinina como la atebina y aún el Atepé (este último aún cuando lleva combinadamente la atebina y la plasmoguina á los efectos de esterilización de gametos por esta última, es muchas veces ineficaz, porque la cantidad de la última sustancia es tan exigua que ~~may~~ no rinde su papel) no son compuestos de verdadera garantía en evitación de recidivas. Es pues preferible, á nuestro parecer, efectuar un previo tratamiento de quinina ó atebina y á continuación administrar la plasmoguina en suficiente cantidad (al menos cuatro centigramos por día durante cinco, en los adultos).

También nos evidencia, una vez más, que el plasmodio, por sí solo es suficiente para desencadenar el aborto. Así lo atestiguan todos estos enfermos que exentos de otros procesos infectivos -septicémicos (con negatividad serológica de lues) ni rastro de melitococia, gonococia, infecciones colibacilares, eberthianas, ni cardiopatías, traumas, tumores, ni malformaciones útero-pélvicas etc y mostrando evidentemente la parasitación palúdica, esta se hace tan solo responsable del malogro fetal.

La patogenia queda indicada, anteriormente, al menos según nuestro modesto parecer.

31

creencia engañosa de que se hallaba curada ,prescindiendo erroneamente del complemento de las tomas de Plasmequina ,que es el gametocida la vera nica de plena eficiencia .

En estas circunstancias se atiende debidamente á su estado puerperal con Senechal C ,ergotina ,bolsa de hielo en bajo vientre ,plasmoterapia ,su Hayem ,coramina etc . Se reitera su tratamiento de quinina y plasmoqui que esta vez ,vigilamos de cerca y comprobamos su eficacia.

Observaciones recientes..- Otro caso similar á los descriptos ya precedentemente y como en ellos descartadas las procesos septicémicos ,tumores y malformaciones útero-placentarias etc .se nos ofrece como única causa abortiva al parasitismo malarial que aquí evidenciamos en agregados para la madre y para el feto.

Sus datos de laboratorio en la fase de su recidiva fueron ;

Orina = Normal en sus componentes bioquímicos así como en el sedimento.

Hematología.

Recuento globular.

Hemáties en un mm³ de sangre.....3.400.000.

Leucocitos " " " " "5.200.

Serie roja.

Hemoglobina.....70 %

Valor globular.....1,1

Velocidad de sedimentación .En la primera hora 18 mm.En la segunda 10mm

Indice de Kats = $18 \text{ mm} \times \frac{10}{2} = \frac{33}{2} = 11,5 \text{ mm}.$

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	52	} Miocitos.0 Juveniles..2 Cayados....7 Segmentados43
<i>Monocitos</i>	7	
Eosinófilos.....	4	
Basófilos.....	0	
Linfocitos pequeños.....	27	
" grandes	10	
Células de Miedel.....	0	

100.

Resumen

Como los casos anteriormente mencionados, muchos más podrían citarse á este respecto y conocidos en circunstancias análogas, pero que por no abusarse - tan evidentemente, y por otra parte el afán de ser lo más conciso posible impiden sean traídos á este lugar.

En síntesis podemos establecer :

1ª Que son muchos los casos de malaria latente, sobre todo del tipo de lavrania malarica, motivados porque el enfermo, creyéndose seguro y protegido por las tomas de quinina, atebrina etc no estima necesario el completar su curación con la plasmoquina, dejando á las formas gametocíticas campar libremente, dando lugar con ello á esas peligrosas recidas y recidivas, que de otro modo, no tendrían lugar de aparecer. Y es que el enfermo establece la ecuación inexacta siguiente : : toma de quinina - desaparición de la fiebre - curación. Y es que ignora que con los gametocitos inyectados por la quinina y la atebrina han dejado al enemigo encerrado en casa (sangre y órganos viscerales).

2ª Que esta infección palúdica y latente, exacerbada en un momento dado demora la nidación del huevo determinando su expulsión del claustro materno y con ello el aborto ó parto prematuro (las veces éste), y malogrado de la gestación.

Al menos así parece abonarlo, y no nos duele el repetirlo, el no hallar otra causa aparente que expliquen estos graves percances toxicológicos, hallando ausentes aquellos factores altamente abortivos que ya insistentemente hemos mencionado; sífilis, gonococia, melitococia, procesos Eberthianos, colibacilosis etc; traumas por trepidaciones violentas y persistente de largos viajes, caídas bruscas con fuerte contusión abdominal, tumores útero-pélvicos, hipovitaminosis E, distenciones ováricas, tiroideas ó hipofisarias etc.

3ª Que estimando como causa cierta y evidente á la toxemia palúdica en la provocación del aborto ó parto anticipado, debemos los Médicos ejercitantes en ambiente de endemia malarica, mantener estrecha vigilancia cerca de aquellas enfermedades que habiendo sido palúdicas anteriormente, puedan recidivar y con ello dar paso á estos graves trastornos. Esta obligación, es aún más apremiante para el Ginecólogo y el Paludólogo que tienen á su cuidado, más directamente á las embarazadas, presuntas palúdicas.

Esta vigilancia impone, claro es, el examen periódico de su sangre y la exploración de bazo é hígado como reservorios viscerales más fijos del hem

temario .

3a Que la especie más peligrosa en este sentido, á nuestro juicio es el Pl. falciparum ó la verana malarica, aún cuando nosotros mismos hemos registrado varios casos provocados por el Pl. vivax , que ya van referidos con su historia clínica y hematológica. De lo que no tenemos experiencia alguna es del Pl. malarica (cuartana), en este sentido , aún cuando esta especie estaba aún pujante al hacernos cargo del Dispensario Antipalúdico de la Localidad.

4a -Que en el mecanismo de producción del aborto estimamos factores de orden materno y fetal .

Y así habría : a) anoxemia fetal por la anemia de la madre ; b) Inhibición bulbar de centros respiratorios y cardíacos en el suelo del cuarto ventrículo del feto , con asfixia y parálisis cardíaca del mismo, su muerte y expulsión , obrando ya como cuerpo extraño, c) por toxemia de ambas , fetal y materna . d) por la fiebre en la madre determinando la contracción de su útero . e) tal vez por vegetalismo fétido á causa del recambio y metabolismo parasitario y como consecuencia excitación á la continuación del miemétrico.

Nota. - debemos advertir que todos estos peligros de las gestantes palúdicas suben de punto , cuando el propio ~~aborto~~ ^{trabajo} son cardíacos ó nefríticos . - pues estos procesos , de por sí , son grandemente prevecadores asimismo del aborto ó del parto anticipado.

Y por último aún cuando sea fuera de lugar , pero siempre congruente , no obstante , con el tema que debatimos , queremos establecer una diferenciación entre el aborto provocado por la sífilis y el originado por la malaria.

Así el primero generalmente es determinado por septicemia que mata al feto, ó por lesiones graves de la placenta que conducen al mismo nefasto resultado , siendo de aparición , por lo general tardía y encontrándose espírechetas en los tejidos fetales.

En cambio el aborto palúdico se desencadena por lesiones de la endocervix y en general es más precoz (en los dos ó tres primeros meses).

También el aborto sífilítico cuando es temprano , le hace vulnerando asimismo las envolturas ovulares y en este caso no suelen hallarse los treponemas en los tejidos del embrión ó del feto , según el tiempo en que se produzca.

Y sobre todo antes de cerrar definitivamente la cuestión debemos hacer una aclaración de suma importancia , cual es : que en contra de lo estimado por los pro^{pon}es la quinina y en general ningún medicamento antipalúdico es nocivo si es bien manejado , en tanto á dosis como á ritmo á horario de administración y que en cambio el que lleva en sí todo el peligro , es el pará-

este verdadero causante del desastre ginecológico.

Y así en consecuencia , al menor atisbo de recida , en su afección palúdica en ~~gestante~~ , en toda gestante debemos acudir pronta y decididamente á instituir nuevo tratamiento , en análogas condiciones que si se tratara de una - primo-infección , bien por quinina ó mejor aún por los preparados sintéticos atebriña , atepo' , nepacrina , plasmoquina etc . Esta última sobre todo inexcusable si se tratara de paludismo tropical . (Pl. falciparum).

BIBLIOGRAFIA (especial de este capítulo).

Nacional.

- Barbosa y Lopez Arjona .- El Paludismo en el primer año de la vida.
- Ferradás (M) .- Efectos del paludismo y su tratamiento por la quinina en las embarazadas .-Med de los Países Cálidos .I.932.
- Laffont. (A) et Fulconis (H) .- Le Paludisme congenital à la maternité D'Alger .-Compte -Rendu du Deux .Cong ,Internat du paludism I.930.
- Le Dantec (A) Précis de Pathologie exotique I.929.
- Leger (M) Paludisme congenital.- Bulle de la Soc de Path Exot I.918.
- Sereni(S) .- Sulla trasmissibilità del parassiti della malaria della Madre al Feto. ; Bolettino della R. Accademia Medica di Roma .I.929.

----- CAPITULO II. -----

----- PALUDISMO CONGÉNITO. -----

El paludismo congénito ha constituido siempre tema apasionante , con encontrados pareceres y junto con los que niegan hermeticamente su existencia , aparecen en el palenque de la polémica y controversia , los que afirman vehementemente su realidad.

Y así entre los que niegan el paludismo concepcional con argumentos y pruebas de no haber hallado el hematozoario entre los tejidos fetales de hijos nacidos de madres palúdicas figuran Ziemann , Bignami , Marchiafava , Sereni , y entre nosotros , Ferradas.

Frente á estos aparecen , admitiendo la transmisión palúdica de madre á hijo - Dumolard y Viallet , Leger , Jadschan , Perez Ara , Laffont , Fulconis , Svvelengrbel , Svvetz , Alessandrini , Ascoli , Brumpt etc.

Estos tan dispares criterios dependen del enfoque ó ángulo de visión con que se halla mirado el problema por cada uno , más ó menos escrupulosidad con que se hallan enjuiciados los datos y resultados obtenidos en las pesquisas é investigaciones de cada caso que aparecen envueltas en las más variadas circunstancias . Esto se presta á muy dispares interpretaciones .

En efecto hay niños , que , á poco de nacer , han revelado clínica y hematológicamente su parasitación en el interregno que los paludólogos conceden como periodo de incubación ; otros lo han hecho rebasando este limite de tiempo , siendo , como es lógico , los más dudosos , y allí donde la critica fundamenta las razones de más peso , para negarlo.

No es preciso , por otra parte , para conceptuar á un niño palúdico-concepcional que acuse parásitos en su sangre , pues á su síndrome clínico y la hígato-esplenomegalia , alteraciones sanguíneas (leucopenia , mononucleosis etc .) pueden conducirnos lógicamente á estimarlo así.

Parece ser que el plasmodio pasa por la placenta intacta , es decir - que para que se verifique el fenómeno , no es " condición sine qua non " que se originen desgarros ó solución de -----

continuidad mas o menos aparente y gruesa.

En las placentas examinadas a esta finalidad no se han descubierto ninguna agresión macroscópica ni deterioro histológico evidente.

El gran acúmulo de parásitos palúdicos en placenta favorecería la transmisión aun cuando no es condición indispensable aparte de esto la transferencia de virus palúdico de madre a hijo no es privativa de especie parasitaria determinada aun cuando ceda mas facilmente con el *Pl.vivax*.

La cuestión del tiempo de aparición del morbo con ser bastante significativa no es modo alguno concluyente y así el que un niño muerse el cuadro clínico y aun mas el hematocrito en su sangre en el límite que ordinariamente se concede a la incubación, no quiere decir que el plasmodio barrenando (permitaseme el vocablo) la placenta o simplemente filtrandose a través de este órgano haya pasado de la sangre de la madre a la del hijo, pues siempre se podrá refutar con una objeción tan pederosa como es la del que el infante pueda haber sido inculcado en ambiente densamente palúdico por el *Anopheles*, mediante picadura como acontece de ordinario. No obstante existen algunas parasitaciones al abrigo del ataque anophélico bien patentes y en algún caso como el citado por Barbosa y López Arjona, se ha encontrado el plasmodio en la sangre del niño en el momento de nacer y en otros muertos apenas nacido, ha mostrado en la necropsia bases hipertróficas y merozoitos en las preparaciones tomadas "ad hoc".

Indudablemente que esto inclina el ánimo mas refractario a aceptar el paso del hematocrito del canal sanguíneo materno al fetal a través de la compuerta placentaria.

Nada tiene de particular que la malaria de la madre, parejamente a lo acontecido en la lues, ocasione soluciones de continuidad mas o menos visibles.

Este, por otra parte, sería ^{la} clave etio-patogénica del aborto y parto prematuro tan frecuente en las gestaciones palúdicas y que nosotros laborando en ambiente densamente palúdico hemos registrado con porcentaje bastante mas alto que el que habitualmente se le asigna a esos casos tóxicos por otras experimentadores aun eliminado como es de rigor las otras causas que frecuentemente interrumpen las gestación como lo son la sífilis, la melitococia, blenorragia, etc.

Cualquier ataque parasitario o bacteriano (Plasmodios, Spirocheta o Microscoccos) o traumático pueden originar desgarrres de vellosidades coriales y establecer la mezcla de ambas sangres: materna y fetal.

A partir de aquí el desarrollo de la infección en el nuevo huésped sería homologa a lo que acontece en la paludización artificial producida como arma terapéutica en los paralitos generales.

En paludismo congénito es una inoculación endoglobular de semejante tipo, en un todo, a la provocada por la picadura del mosquito y como dice muy acertadamente Diaz Sánchez, las que una primo-infección palúdica debe estimarse como una recivida del paludismo de la madre endosado al organismo del hijo.

Tambien coincidimos con este compañero en la apreciación de las variadas latencias que presentan los distintos casos y que se determinan en función de las distintas aportaciones del capital inmunitario por parte de la madre hacia el hijo.

Esto puede explicar que los casos del estadillo tardío del síndrome palúdico a 10-15-20 días o aun mas del nacimiento, puedan estimarse como de paludismo transmitido y que hasta este momento haya estado refrenado por el contingente de inmunidad legado.

No es pues de extrañar que nuestra labor durante mas de 25 años, estos hallazgos y sugerencias no hayan colocado entre aquellos que sin titubeos conceden carta de naturaleza a la malaria congénita conside-

randela como una realidad viviente. Seria por así decirlo un endoso de la letra parasitaria compensada con herencia y capital de in-
munidad con que hacer frente a esta carga mas o menos felizmente.

El constituir por otra parte una forma netamente endoglobular, sin pasar previamente por la laguna que constituye el sistema reticulo-endotelial, seria una ventaja para su rápido exterminio y a cubierto de recidivas.

Las historias clínicas subsiguientes atestiguan nuestro modo de ver y prestan fundamento a nuestro criterio.

Todos los casos registrados han sido inspeccionados metículosamente en el aspecto clínico y controlados con hematoscopia en gota gruesa hecha con sangre de la madre de placenta de cordón y posteriormente del niño afectado:

SARA GUTRINA POLO

Natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres)

Nació el 23 de Diciembre de 1.930

25 días 17 de Enero de 1.931
365

- - - - -

ANTECEDENTES FAMILIARES.-- Su padre, Guardia Civil, sano. Su madre, robusta pero con paludismo desde el mes de Agosto del año anterior (1.930), se encuentra pálida y cansada. Ha llevado su embarazo con alternancia de mejoría y empeoramiento, pues de cuando en cuando la repiten los accesos con fuerte dolor de cabeza y vómitos.

Acusó anillos de laverania el 25 de Agosto pasado, tomando toda la quinina que se la prescribió mas no la plasmoquina por estimarla dañina para su estado de preñez a pesar de que en aquel entonces procuramos convencerla de su utilidad y además de su inocuidad. No es extraño pues que quedara latente su paludismo y la ocasionara recaídas frecuentes. No obstante llegó a feliz término su ^{gestación.} ~~gestación.~~

Dió a luz el día 23 de Diciembre de 1.930 y aquel mismo día la acometió un fuerte acceso de 40,3° con intensa tiritona e iniciación de convulsiones, como de eclampsia que ceden espontáneamente al descender la fiebre con copiosa sudoración. En aquel momento en que fuimos avisados para atenderla en su precario estado se la toma sangre en gota gruesa y frotis comprobándose semilunas (gametocitos de *Pl. falciparum*). La orina no presenta albúmina y su tasa de urea en sangre fué 0,47 gr. por 1.000; no edemas. Como nos interesaba el caso se la tomaron varias gotas de la retorta placentaria, encontrándose tan solo en una de ellas dos semilunas; en cordón umbilical no hallamos nada sospechoso. Fue nuestro propósito el instituir esta vez un trata-

42 51

miento completo de quinina-plasmoquina según las directrices y normas habituales en nuestra consulta dispensarial pero cedió ante su resistencia en aceptarle por temor a la agalactia que temía había de sobrevenirle con las tomas de quinina. Accedimos pues a tratarla con Atepé a la dosis de tres tabletas diarias durante siete días (una a cada comida con abundante cantidad de líquido para su mejor dilución y consiguiente absorción).

Se la trató además para reparar los estragos que la había ocasionado el hematocriro con Optarsen Bayer y Ferroquina y un régimen rico en vitaminas. Con esto desaparecieron y restaura su bienestar.

ENFERMEDAD ACTUAL.— El día 17 de Enero, a los 25 días justo de su nacimiento, somos llamados para asistir a la niña que se encuentra muy pálida, decaída, con frecuentes vómitos y deposiciones. Ha perdido de su peso desde 3.400 gr., al nacer, a 3.250 gr. que muestra hoy. Según su madre tiene fiebre desde hace cuatro días con alteraciones de subidas erráticas con agitación y temblor, pareciendo por momentos que la va a dar un ataque convulsivo. En el momento de su exploración presenta 39,7°; acusa bazo nº 1 de Boyd (palpable bajo reborde costal). Está muy llorosa y apenas apacigua el sueño. Se la toma orina en gota gruesa y frotis, en busca de plasmodios.

El frotis, a pesar de toda nuestra paciencia en el examen, este resulta negativo; mas no así la gota donde descubrimos algunos anillos de laverania. La sometemos a tratamiento por vía bucal a base de aristocina y lactosa a la dosis de treinta centigramos dividida en tres tomas de diez centigramos cada una. Si embargo el primer día la inyectamos además una ampolla de biclorhidrato neutro de quinina de 0,25 gr. en región glútea ante el temor de una perniciosa que pusiera rápidamente final a su vida, tan amenazada. La tenemos en tratamiento ininterrumpido durante veinte días y

7

otros tanto en forma alterna. Seguidamente se la inyecta durante cinco días (alternamente en diez días) $\frac{1}{2}$ ampolla de plasmokino Bayer que toleró perfectamente.

La niña se repone prontamente de sus fiebres y demás trastornos. Se recobra además de su eutrofia merced a la terapéutica coadyuvante de citrato sódico para sus vómitos, suero Hayem y Ringer, suero Glucosado y corticina para combatir su deshidratación y depresión vascular; hemoterapia paterna para aumentar su defensa; licor arsénical de Fowler a gotas para combatir su anemia, etc.

Sus otros datos de laboratorio fueron:

Recuento globular.

Hematies por mm³ de sangre....3.250.000
Leucocitos..... 4.200

Serie Roja

Hemoglobina..... 74%
Valor Globular..... 1,20

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....61	}	Mielocitos.....1
" eosinófilos..... 2		Juveniles.....2
" basófilos..... 0		Cayados.....18
Linfocitos pequeños.....18		Segmentados...40
" grandes.....7		
Monocitos.....11		
Células de Rieder.....1		
100		

En su segundo examen, a los cuatro días del primero, no hallamos en frotis ningún parásito; en cambio en gota gruesa encontramos una semiluna, si bien no muy típica, con su hemozoina difundida y no concentrada como habitualmente en el ecuador ^{de} la célula-parásito que aparece abarquillado, arrugado.

44 53

Resultado globular.

Hematies.....4.700.000

Leucocitos..... 5.400

Serie roja

Hemoglobina..... 85%

Valor globular..... Aproximado a la unidad.

El tamaño de los hematies, así como su forma y coloración, es sensiblemente normal.

Fórmula leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	57	}	Mielocitos.....	0
" eosinófilos.....	3		Juveniles.....	1
" basófilos.....	1		Cayados.....	16
Linfocitos pequeños.....	25		Segmentados.....	40
" grandes.....	7			
Monocitos.....	$\frac{7}{100}$			

En el tercer examen y a los tres último, comprobamos:
Gota y frotis exentos de parásitos.

Recuento globular.

Hematies.....5.200.000

Leucocitos..... 7.400

Serie Roja.

Hemoglobina.....90%

Valor globular... Sensiblemente igual a uno.

Fórmula leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	52	}	Mielocitos.....	0
" eosinófilos.....	2		Juveniles.....	1
" basófilos.....	0		Cayados.....	16
Linfocitos pequeños.....	34		Segmentados..	40
" grandes.....	$\frac{7}{100}$			
Monocitos.....	$\frac{7}{100}$			

9

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.— La fórmula leucocitaria muestra, como en los casos similares anteriormente estudiados, el cambio rápido y mas aún brusco de la leucopenia y monocitosis propia del estado palúdico, a la leucocitosis con relativa linfocitosis cuando la infección remite.

Un hecho adquiere en esta búsqueda singular relieve a saber la presencia irrefutable del plasmodio laverniano que ya mostró la madre en la sangre tomada directamente de la placenta. Ahora bien, en una discriminación exigente como es de rigor en esta clase de investigaciones, cabe preguntar: ¿Esta sangre provenia de un modo exclusivo de la retorta placentaria o era sangre adherida a la superficie de la misma y procedente de la decidua interna? Decimos esto porque si bien procuramos tomarla en sitio de la placenta al parecer íntegra en aquel sitio, sin embargo mostraba en algunos puntos pequeñas afracciones en uno de los cotiledones y por tal causa nos cabe la duda, si la preparación correspondia a nuestro deseo de que fuera exclusivamente del órgano placentario.

Como en otros casos semejantes nos inclinamos a calificar el que comentamos como de paludismo congénito por haberse producido a raíz de un acceso palúdico ~~transmisible~~ ^{inequívoco} de su madre en el alumbramiento y haberse producido en la época del año de mas bajo anophelismo (solo cuenta el existente en secaderos, cuadras, bodegas de hembras infectadas e invernantes en estos refugios y que luego en su devoro primaveral en aguas apropiadas reanudan el ciclo de mosquitos. Tan solo podía desestimarse como tal por la duda de si en este ambiente de gran desindad endémica pudiera haberse originado por picadura "aberrante" de mosquito.

Su curación parasitaria y su vuelta a la normalidad se evidencian en la adjunta gráfica.

SARA COTRINA POLO.

Peso	Temp.	Dias	1	2	3	4	5	6	7	Observaciones
4000	41									
3750	40									
3500	39									
3250	38									
3000	37									
2750	36									
2500	35									
Bazo			Dos traverse de dedo	Dos traverse de dedo	Dos traverse de dedo	Dos traverse de dedo	Dos traverse de dedo	un traverse de dedo	un traverse de dedo	No se palpa
N.º de deposiciones			14	7	7	4	2	2	2	
Química			Infección	Infección	Infección	Pepeleto	Pepeleto	Pepeleto	Pepeleto	Idem
Otras Medicaciones			Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Cardiazol Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Cardiazol Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Cardiazol Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel	Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel	Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel	Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel	Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel	Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel	Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel Quero Píper Cortisina Tanafel	Lúeo Plasma Juma.

Código

Peso

Temperatura

VALENTINA SANCHEZ SIMON -Primogénita

46

56

Nació el 18 de Octubre de 1.934

Natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres)

ANTECEDENTES FAMILIARES.-- Su madre, de 25 años de edad, natural del propio Jaraiz donde radica nuestro Dispensario Antipalúdico Nacional en ambiente de alta densidad anophélica y palúdica. Ha sufrido varias recidivas antes de casarse y durante el matrimonio, sin excluir el periodo de preñez, pues dos semanas antes de dar a luz tuvo accesos que la obligaron a tomar por su cuenta pequeñas cantidades de quinina, no atreviéndose a mayores dosis por temer que pudiera provocar un parto anticipado, malogrando así el fruto de su concepción. Embarazo normal a término.

A raíz del alumbramiento se encuentra febril con temperatura de 38 - 38,5º que se sospecha producto de sepsis puerperal, se la inyecta Prontosil Bayer y al propio tiempo ella de por sí y recordando su malaria latente, toma unas grajeas de quinina. Desaparecen las fiebres. Nosotros, encargados de la asistencia, nos quedamos con deseos de practicar un análisis hemoparasitario lo que no llevamos a efecto ante la manifestación de la puerpera que nos advierte de que ha ingerido en los días anteriores unas tomas de quinina por si acaso la repitiera su paludismo. Esto suponíamos había de invalidar nuestro análisis y en razón de ello desistimos de realizarlo. Palpamos su hígado que se mantiene dentro de los límites normales; no así el bazo que se pone de manifiesto debajo del reborde costal (-Boyd nº 1).

Desaparece su estado febril y se normaliza su puerperio.

A los 17 años justamente, somos nuevamente requeridos para que atendamos a la niña que pierde de peso, se encuentra muy páli-

12

4757

de cuando en cuando presenta diarrea verde a raíz de la teta. Nos ponen en la pista de que si bien la niña tiene temperatura constantemente, sin embargo la tiene mas acusada y con mayores trastornos (agitación neuromuscular, insomnio, irritabilidad que apenas se apacigua con nada) en dias alternos. Esto nos orienta y mas aún cuando a la palpación hallamos una megaloesplenía tipo II de Boyd.

Se la toma gota gruesa y frotis y previa tinción con Giemsa-Leishmann comprobamos buena cantidad de esquizontes de *Pl. vivax*.

Sus datos de hematología en este primer analisis son:

Recuento globular.

Hematies en un mm^3 de sangre.....3.400.000
 Leucocitos..... 6.700

Serie Roja.

Hemoglobina..... 75%
 • Valor globular..... 1,17

Anisocitosis, poiquilocitosis, anisocromia; no policromasia.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	57	}	Mielocitos.....	1
" eosinófilos.....	2		Juveniles.....	4
" basófilos.....	1		Cayados.....	13
Linfocitos pequeños.....	22		Segmentados.....	39
" grandes.....	7			
Monocitos.....	11			
Células de Rieder.....	0			
	100			

En su segundo examen hemoparasitario a los dos dias del primero hallamos : En gota gruesa monontes y gametos de *Pl. vivax* en exigua cantidad.

Recuento globular.

Hematies.....3.700.000 en un mm^3 de sangre
 Leucocitos..... 7.000 " " " "

Serie roja.

Hemoglobina.....77%

Valor globular..... 1,1

Anisocitosis, poiquilocitosis, anisocromia ; no policromasia.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	37	Mielocitos.....	0
" eosinófilos.....	2	Juveniles.....	1
" basófilos.....	0	Cayados.....	11
Linfocitos pequeños.....	37	Segmentados....	25
" grandes	11		
Monocitos.....	13		
Células de Rieder.....	0		
	<u>100</u>		

Y por último en un tercer examen, a los cinco días del segundo y siete del primero, nos encontramos:

En gota gruesa y frotis: ausencia de hematozoarios.

Recuento globular.

Hematies.....4.700.000 en un mm³ de sangre

Leucocitos..... 11.000 " " " "

Serie roja.

Hemoglobina.....85%

Valor globular....Aproximado a la unidad.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	52	Mielocitos.....	0
" eosinófilos.....	4	Juveniles.....	0
" basófilos.....	0	Cayados.....	14
Linfocitos pequeños.....	34	Segmentados....	38
" grandes.....	7		
Monocitos.....	3		
Células de Rieder.....	0		
	<u>100</u>		

NOTA.- A la niña en los primeros días se la inyectó 0,25 gr. de biclorhidrato de quinina en región glútea, ante el temor muy fundado que su absorción intestinal se hallara deficiente, pero una vez restablecida la normalidad digestiva y ante el peligro de provocarla algún absceso por irritación química del medicamento la prescribimos papelillos de Aristoquina y lactosa a partes iguales de diez centigramos y en número de tres al día con un total por día de treinta centigramos. La tratamos en esta forma durante 15 días y en días alternos con iguales dosis durante un mes más tres chocolatinas diarias a base de tanato de quinina (fórmula italiana que en aquel entonces manejábamos en nuestro servicio Dispensarial) a la dosis de 0,375 gr. de quinina (tres chocolatinas de 0,125 gra. cada una).

Con esto desaparecieron las fiebres, se repuso en su tono, color y buen aspecto general sobre todo por lo que se refiere al peso, regresando así mismo el bazo a su volumen normal. Todo ello se refleja en la adjunta gráfica exponente fiel de la evolución de su malaria.

VALENTINA SANCHEZ SIMÓN

Peso	Temp.	Días	1	2	3	4	5	6	7	Observaciones
------	-------	------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

4000	41									
3750	40									
3500	39									
3250	38									
3000	37									
2750	36									
2500	35									

Bazo

os tapas de dedo sa de dedo os em, em, d e o sepal

N.º de deposiciones

3 4 7 7 5 5 4 2 Idem

Quina

on) o o Idem

Otras Medicaciones

cora uero sa nu o m Docf uero uero uero uero Co

Código

Peso

Temperatura

Manuel *Fonzaler*
~~MANUEL~~ DEL MONTE ~~MANUEL~~

50

(Hijo de Francisco y Manuela)

Natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres)

Nació el día 28 de Junio de 1.935.

ANTECEDENTES FAMILIARES.— Su padre sano; su madre también sana y robusta hasta contraer su actual infección palúdica que la ha desmejorado en su color y tono general aún cuando conserva su robustez habitual.

Ha soportado este embarazo peor que los anteriores; no obstante lo ha sobrellevado a feliz término.

Empezó a ser palúdica el día 17 de Mayo en que nos visitó en el Dispensario, acuciada por unas fiebres que empezando con alternancia se estabilizaron en diarias y que se inician con gran calofrío, temblor y terminan con abundante sudor; la dejan estenuada. Se encontraba por aquel entonces muy pálida anoréxica y algunas veces con vómitos y gran pesadez de cabeza. Se la toma sangre en gota gruesa y frotis y se la diagnostica de infección por *Pl vivax* (formas anulares). Se la instituyó tratamiento de quinina a la dosis habitual de un gramo diario, en cuatro tomas de 0,25 gr. cada una, durante diez días y otro gramo alterno durante otros veinte (en total veinte gramos). Se la añadió para corregir sus déficits pos-palúdicos Optarso Bayer en inyectables y Ferroquina Bisleri "Per os", aconsejándole un régimen alimenticio altamente vitamínico. Desaparecen sus fiebres y se repone en su bienestar. Así transcurre hasta el mismo día de su alumbramiento en que nos avisan para hacernos cargo de su estado, alarmados sus familiares por la fiebre altísima que tiene (40,3°) acompañada de intenso calofrío, temblor y agitación neuromuscular como en iniciación

57 50

de eclampsia. Todo este síndrome aparatoso cede apenas la fiebre se despidе con profusa sudoración quedando la puerpera despejada y tranquila. Se la pone bolsa de hielo en cabeza y se analiza su orina que no acusa albúmina, ni glucosa, ni elementos anormales en su sedimento. Supuestos sus antecedentes palúdicos se la toma gota y frotis de sangre del lóbulo de la oreja como asimismo de la placenta y del cordón (que momentos antes habíamos extraído) con el resultado siguiente: En sangre periférica, tanto en gota como en frotis, abundantes formas ameboideas de *Pl vivax* y algún que otro gametocito de la propia especie parasitaria. En placenta, moderada cantidad de formas también adultas de *Pl vivax*. En cordón, a distancias escalonadas, no hallamos parásito alguno.

Esta vez, en evitación de una posible aminoración de su secreción láctea, se instituye su tratamiento de quinina por Atepé en la forma acostumbrada (tres tabletas diarias, una después de cada comida con abundante cantidad de líquido para su mayor dilución y mejor absorción durante siete días) y se la vuelve adicionar para su más completo y rápido restablecimiento Solarson Bayer por vía parenteral y Ferroquina por vía bucal. Con esto desaparecen sus fiebres y prontamente recobra su apetito, coloración y fuerzas perdidas.

ENFERMEDAD ACTUAL.— El día 16 de Julio, justamente a los 18 días de su nacimiento, somos requeridos para asistir a la lactante que se hallaba con fiebre alta (39,4°), vómitos, diarrea verde, muy pálida e irritable pues a penas deja de llorar. Ha perdido de su primitivo peso (al nacer 3.450 gr.; en la actualidad 3.250 gr.). Nos refiere la madre que tiene fiebre desde hace tres días y que unos días se encuentra peor que otros. A veces la sube la temperatura rápidamente con calofrío y temblor. Su hígado se mantiene dentro de los límites normales pero su bazo se palpa, sin lugar a dudas, debajo del reborde costal (Bazo 1 de Boyd).

Se la toma sangre para gota gruesa y frotis, encontrando en una y otros, anillos de *Pl vivax*, en la primera en gran cantidad; en el frotis mas escasos. Instituímos tratamiento de quinina (biclorhidrato) en inyección glútea durante cuatro días, seguida durante otros diez y seis días (hasta un total de 20 días de tratamiento) con aristoquina en papelillos de 0,10 gr. cada uno y a la dosis de tres cada día (en total treinta centigramos diarios). Se continua durante veinte días más, en días alternos con igual preparado y dosis. Al propio tiempo se la suprimen los vómitos (que reputamos por acidosis a consecuencia de la hipertermia) con citrato de sosa y las diarreas con tanagel y bismuto. Se la hidrata con bebidas de té con sacarina, suero Ringer y suero ~~Ayam~~ en inyección, suero Glucosado, corticina, cardiazol.

.Desaparecen las fiebres y mejora la niña en su estado general ganando de peso, aumentando su hemoglobina y número de hematíes, etc. Esta mejora la inscribimos en la adjunta gráfica que insertamos a continuación de sus datos de laboratorio que fueron:

Recuento globular.

Hematíes por mm. ³ de sangre.....	3,000.000
Leucocitos.....	4.700
Hemoglobina.....	75%
Valor globular.....	1,20

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	58	}	Mielocitos.....	0
" eosinófilos.....	2		Juveniles.....	1
" basófilos.....	0		Cayados.....	17
Linfocitos pequeños.....	18		Segmentados.....	40
" grandes	7			
Monocitos.....	15			
	<u>100</u>			

No se hallan células de Rieder.

En su segundo examen hemo-parasitario, a los dos días del primero, hallamos: En gota gruesa un anillo de *Pl. vivax*. En frotis nada.

Recuento globular.

Hematies en un mm. ³ de sangre.....	4:300.000
Leucocitos..."..."	5.200
Hemoglobina.....	87%
Valor globular.....	1,20

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	58	Mielocitos.....	0
" eosinófilos.....	3	Juveniles.....	0
" basófilos.....	1	Cayados.....	15
Linfocitos pequeños.....	15	Segmentados..	43
" grandes.....	7		
Monocitos.....	16		
	<u>100</u>		

No se hallan células de Rieder.

En el tercer análisis, a los cinco días del último y siete del comienzo de estudio del caso, comprobamos: Ausencia de parásitos en gota gruesa y frotis.

Recuento globular.

Hematies en un mm. ³ de sangre.....	5.200.000
Leucocitos. " " "	7.500
Hemoglobina.....	92%
Valor globular.....	Aproximado a la unidad.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos....	57	Mielocitos.....	0
" eosinófilos....	2	Juveniles.....	1
" basófilos,....	1	Cayados.....	16
Linfocitos pequeños.....	28	Segmentados..	40
" grandes.....	7		
Monocitos.....	5		
	<u>100</u>		

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.- Siguiendo la variación impuesta por la mejoría análogamente a otros enfermitos, semejantes a éste, su fórmula leucocitaria cambia rápidamente de la leucopenia y mononucleosis típica del estadio de la infección palúdica por leucocitosis con relativa linfocitosis. Su regeneración hemática, tanto globular como hemoglóbínica, se consiguen también prontamente.

Su evolución en aquellos días la trasladamos a esta gráfica.

MANUEL DEL MONTE GONZALEZ.
~~MANUEL GONZALEZ DEL MONTE~~

Peso	Temp.	Dias	1	2	3	4	5	6	7	Observaciones
40000	41	—	—	—	—	—	—	—	—	
37550	40	—	—	—	—	—	—	—	—	
35000	39	—	—	—	—	—	—	—	—	
32550	38	—	—	—	—	—	—	—	—	
30000	37	—	—	—	—	—	—	—	—	
27750	36	—	—	—	—	—	—	—	—	
25600	35	—	—	—	—	—	—	—	—	

Bazo	do de dedo	do trave de dedo	o trave de dedo	o trave de dedo	me ed	me de	me, d	No se palp
N.º de deposiciones	7	7	4	4	2	2	2	Idem
Quinina								Idem
Otras Medicaciones	cocti fan	vero e	ana vero co	ana vero e	ini a	vero e	vero e	

Código { _____ Peso
 _____ Temperatura

Nació a las 7 horas del día 3 de Septiembre de 1.942

ANTECEDENTES FAMILIARES O HEREDITARIOS.— Su padre bronquítico crónico y enfisematoso. Su madre palúdica desde hace dos años (17 de Agosto 1.940) por *laverania malariae*. Fué tratada con quinina por el horror que tenía a la pigmentación por las acridinas. Sin duda fué insuficiente por no haberlo completado con el preparado gametocida.

Al año siguiente recidiva, pero ella por su exclusiva cuenta toma unas dosis también de quinina y al desaparecer las fiebres desecha el temor y ^{no} acude al Dispensario. Esto la determina un estado de palidez, astenia muscular y anorexia con la desnutrición consiguiente; hígado y bazo hipertrofico (núm. II de la escala de Boyd), además maleolares vespertinos, que se borran por el descanso; en fin un inicio de caquexia.

A pesar de su precaria salud se hace embarazada, conllevando bastante bien su estado y logrando terminar felizmente su gestación.

Dá a luz y en aquel mismo día, poco después de la expulsión de la placenta si bien con escalofrío intenso, con agitación y desasosiego neuro-muscular y alarmada la familia, nos requieren para hacernos cargo de su asistencia.

A la vista de los conmemorativos y de los datos confirmantes del interrogatorio, sospechamos estar ante una recidiva palúdica y no una septicemia puerperal como pudiera lógicamente haberse creído.

Se le toma sangre del lóbulo de la oreja y de la que discurre por sus genitales, no pudiéndolo hacer directamente de la placenta, por cuanto la habían retirado antes de nuestra llegada al lecho de la enferma.

Tanto en una como en otras preparaciones (gota gruesa) halla-

55

mos gametos de *Pl. falciparum* (semilunas). En atención a este resultado, se la trata nuevamente con quinina (un gramo de bisulfato diariamente durante diez días y otro gramo en días alternos durante veinte más) y seguidamente por plasmoquina a la dosis de seis centigramos diarios durante cinco días seguidos.

Desaparecen los accesos y con régimen coadyuvante de vitamina "C", arsenicales, ferruginosos, mejora ostensiblemente, recobrando su tono, color y energías.

ENFERMEDAD ACTUAL.— El día 7 de Septiembre, esto es, a los cuatro días de nacer, presenta fiebre y es traído a nuestra consulta particular, encontrándole muy irritado, llorando continuamente y según nos refiere su madre el día anterior estuvo un tanto como en inminencia de ataque.

Su exploración nos proporciona los siguientes datos: Niño eutrófico con peso de 3.250 gramos y talla de 47 cm. Buen pániculo adiposo, temperatura 40,3°; tinte subictérico en todo el tegumento externo y discreta cianosis labial. Seiete deposiciones de color verdoso y olor ácido. Bazo tipo II de Boyd (palpable en el punto medio de la línea costo-umbilical; hiperestesia del hipocondrio izquierdo esplénico). El resto normal.

Se hace gota gruesa y frotis.

Se le hace tomar 1/3 de tableta de piramidón Bayer y cuatro gotas de cardiazol.

En el examen hemoparasitario encontramos en ambas preparaciones (mas acusada aún en gota gruesa) anillos de *Plasmodio falciparum*.

Se la trata con media tableta de Atepe (0,05 gr. de Atebrina y 0,005 gr. de plasmoquina). Se la inyecta alternadamente vitamina "C" (cebión) y extracto hepático y se la administra "per os", tres gotas diarias de Cardiazol Knoll.

El día 9 de Septiembre: Desciende la fiebre mostrando tan solo

87 000

38,7º; cuatro deposiciones. El niño empieza a recobrar el sueño y a mamar mejor; está mas tranquilo.

El día 9 de Septiembre, la temperatura es tan solo de 37,4º. Solo se consigue identificar un esquizonte. Tres deposiciones de mejor aspecto.

El día 11 de Septiembre, temperatura de 36,7º, tres deposiciones de normal aspecto. El niño se comporta con toda regularidad. Le damos por curado si bien continuamos su vigilancia.

El bazo aún persiste durante cuatro días más palpable bajo reborde costal. No manifiesta plasmodios. Aumenta de peso.

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.— La presente historia clínica aporta datos muy convenientes. Salta al primer plano su parasitación en los cuatro primeros días de su existencia y nacido de madre netamente malárica.

Por la precocidad en la aparición de su paludismo no puede achacarse éste a la inoculación anophélica, pues no imaginamos un acortamiento tan excesivo en el supuesto periodo de incubación y mas se parece a la inoculación que se efectua por inyección en el paludismo experimental o en el terapéutico.

32

P. G. R.

[illegible]

R a z o

trans de dedo *sus tgu de dedo* *e* *de* *e* *Norepal*

N.º de deposiciones

7 5 4 3 2 2 2 Idem

Quindia

$\text{lep } A \text{ te } e A \quad e A \text{ te } A \quad e A \quad e A \text{ te } p e$

Otras Medicaciones

con $\frac{1}{2}$ c
cardiac
e
celion
cardiac
ero Rin
a
con
cardiac
nero
diar
pus
polon
e la pas
a 1/2
krenit
Fouder.

Código

Peso.

Temperatura

~~Estadío severo. Paludismo.~~

Convulsiones.

Nicolasa Tovar Correas, de 4 años de edad, natural de Collado de la Vera (Cáceres) donde reside con sus padres. 7-IV-48.

Antecedentes familiares.— Su padre sano y robusto. Su madre palúdica antigua. Otros dos hermanitos también palúdicos.

Antecedentes personales.— Nació a término. Lactancia mixta por hipogalactia de la madre. Peso y talla los correspondientes a su edad. Cierre de las fontanelas en su época normal.

No ha padecido estagues hasta ahora, ni ha tenido vermes ni gusano alguno, también se puede excluir en ^{la} élitetania y espasmofilia (raquitismo). Sarampión a los tres años, a los cinco varicela. No le ha quedado reliquia alguna.

Desde hace unos días fiebres alternas que se inician, con intenso calofrío y temblor muscular, se despiden con profusa sudoración. Mientras la persiste la fiebre la enfermita se encuentra muy agitada. Ha perdido de peso, está pálida y sin energías, anoréxica, sueño perturbado. Durante la fiebre alguna que otra vez vómitos biliosos.

Me requieren con apremio porque la ha aconetido un ataque con privación del conocimiento y convulsiones primero tónicas y luego clónicas con estrepitosos movimientos de miembros y de globos oculares.

La exploramos encontrando: Niña muy pálida, delgada, con muy escaso panículo pso, vientre abultado por el relieve acentuada de la hipertrofia visceral, singularmente de hígado y bazo (esplenomegalia num II de la escala de Boyd).

Respiratorio.— Discreta disnea. Algunas sibilancias.

Circulatorio.— Taquicardia de 120 al minuto. Cianosis labial.

Digestivo. Alguna que otra vez vómitos biliosos, sin duda provocados por la acidosis (reflejo vagal) propia de la hipertermia, incontinencia de heces por relajación esfinteriana durante el acceso.

Génito-Urinario.— Poluria abundante durante el estado febril por

5953
relajación esfinteriana.

Sistema reuro-muscular.— A raíz de los accesos sueño "intranquilo", con pesadillas y alucinaciones terroríficas. Durante el ataque obnubilación sensorial, convulsiones tónicas y clónicas. Estrabismo, vomitos posiblemente de orden cerebral (3, mejor sin, bulbar).

No presenta rigidez de nuca, ni signos de Kernig ni Brudzinski, reflejos exaltados.

Se procede al examen hematológico mediante gota gruesa y frotis poniendose de manifiesto una infección por *Pl. falciparum* (anillos).

Se le prescribe dos comprimidos diarios de bisulfato de quina durante diez días y otros dos comprimidos durante veinte días en días alternos (en total quince gramos de alcaloide) mejor dicho de preparado). y a continuación dos centigramos diarios de plasmquina Bayer durante cinco días seguidos.

Asimismo para tonificar a la enferma y reparar sus estragos hemáticos y carenciales arsenicales, ferruginosos, extractos hepáticos etc.

Con esto se repone prontamente y retorna su normalidad.

Su analisis hematológico nos dió el resultado siguiente:

Recuento Globular

Hematies..... 3.700.000

Leucocitos..... 4.300

Hemoglobina..... 67%

Valor globular.— Aproximado a la unidad.

Velocidad de sedimentación. Índice de Katz a las $\frac{6}{2}$ 12 - $\frac{18}{2}$
 $= \frac{21}{2} = 10,5$

Valor globular.—Aproximado a la unidad.

Tiempo de sangría..... 7 m

" " coagulación..... 9 m

Formula Leucocitaria

Polinucleares..... 57

neutrófilos
Mielocitos
linfocitos
Eosinófilos
Sedimentado
57
5
4
1
42

Eosinófilos.....	3
Linfocitos pequeños.....	25
" grandes.....	4
Monocitos.....	<u>11</u>
	100

Resultado. Curación y restablecimiento de su normalidad.

Observaciones y comentarios.— No se encuentran sus antecedentes familiares ninguna fara hereditaria; a esto y el hallar una infección evidente de leishmaniasis nos lleva a considerar a esta causa como la única agresiva de su ~~enfermedad~~ cerebral.

refulbrío

NICOLASA TOVAR CORREAS.

Peso	Temp.	Dias	1	2	3	4	5	6	7	Observaciones
4000	41									
3750	40									
3500	39									
3250	38									
3000	37									
2750	36									
2500	35									
Razo			Doz traveses de dedo	Doz traveses de dedo	Doz traveses de dedo	Doz traveses de dedo	Mm traveses de dedo	Mm traveses de dedo	Mm traveses de dedo	No se palpa
N.º de deposiciones			7	7	5	4	3	2	2	2 Idem
Quinina			Atepé	Atepé	Atepé	Atepé	Atepé	Atepé	Atepé	
Otras Medicaciones			Cebión Vite's cardipal Furosemida Buen Alasabo Hepal Tauclafel Cebión mostrado en el cardiacof Tauclafel Buen Alasabo Hepal Tauclafel Cebión Homoclorura pua egudapoa Avaajef furosemitar Hepal Homoclorura pua Cebión Cardiarol Homoclorura pua Acetaminofen liver ase. micid de Dover's fol's.							

Código

Peso

Temperatura

JOSE ANTONIO GARCIA CURIEL

61

Natural de Garganta la Olla (Cáceres)

Nació el 5 de Julio de 1.943

- - - - -

ANTECEDENTES FAMILIARES O HEREDITARIOS.-

Su padre cartero y agricultor, sano y robusto; su madre sana en los demás aspectos, pero palúdica desde el año pasado (17 de Octubre de 1.942) en que contrajo una afección de la verania.

En el mes de Marzo de 1.943, hallándose en el quinto de gestación, tuvo unas fiebres similares a las padecidas primitivamente, para cuya desaparición tomó por su exclusiva cuenta algunas tomas de quinina, con la timidez consiguiente a interrumpir su embarazo, que según la habían informado pudiera peligrar si tomara dosis mas intensas de la medicación. Desaparecen los accesos y con ello cree haberse librado definitivamente del mal. A pesar de todo quedó quebrantada de salud con anorexia, astenia, palidez y un estado de irritabilidad nerviosa, por cualquier motivo, por insignificante que fuera, la alteraba en su habitual tranquilidad.

No obstante llega a feliz cumplimiento su preñez.

Dá a luz el 5 de Julio y seguidamente de la expulsión espontánea de la placenta la acomete un intenso calofrío que alarma a su familia.

Al día siguiente recibimos en nuestro servicio antipalúdico una preparación en gota gruesa de la sangre de la enferma enviada por su Médico de cabecera, con el deseo de que la diagnosticásemos, bajo el punto de vista parasitológico y poder establecer con ello un definitivo diagnóstico di-

60

ferencial entre malaria recidivante y una sepsis puerperal.

Verificado un prolijo examen hematológico, hallamos semi-lunas y esquizontes de *Pl. falciparum*.

A la vista de este resultado interesamos al compañero nos facilite exploración de bazo, comprobándose un bazo II de Boyd.

ENFERMEDAD ACTUAL.— El día 6 de Julio, a los once días justos de nacer, vienen a nuestra consulta privada madre e hijo, recomendados por el compañero a que hacemos referencia anteriormente y que la había asistido en el parto, como consecuencia de hallarse febril el niño y con trastornos gastro-intestinales que le han desmejorado grandemente y que él supone pueda ser debido a transmisión de malaria.

En el interrogatorio de su madre, ésta nos dice que en la noche anterior tuvo un escalofrío intenso y una calentura de alguna consideración con amagos de ataque nervioso.

A continuación procedemos a la exploración del infante que nos suministra los siguientes datos:

Niño eutrófico con talla de 50 cm. y peso de 3.250 gr.; con relativo abundante pániculo adiposo y tinte ligeramente cianótico en labios y subictérico en el resto del tegumento. Temperatura de 38,7° y la taquicardia e isnea correspondiente. Desposiciones diarreicas, comprobando en el pañal el tinte verde y ácido de la deposición. En el día anterior hizo once deposiciones análogas a la que nos muestra y en el de hoy lleva tres y son las once de la mañana. Bazo II de Boyd, con hiperestesia del hipocóndrio izquierdo. El hígado también lo hallamos tumefacto y sensible.

Practicamos gota gruesa y frotis.

Le administramos 1/3 de tabletas de Piranidón Bayer y a

la hora cuatro gotas de Cardiasol Knell y un intestable de 100 c.c. de suero Ringer.

En el examen hemo-parasitario hallamos, tanto en gota como en frotis, anillos de *Laverania malariae*.

Se le instituye tratamiento a base de medio comprimido diario de Atepsé (0,05 gr. de Acebrina y 0,005 gr. de Plasmoguina).

Se le inyecta alternadamente Gebión Marek y un extracto Hepático (Redexón) y una ampolla de suero Glucosado. Como bebida, té y suero Ringer a partes iguales. Antes de cada tetada le suministramos una cucharada de citrato de soda al 2% con el fin de corregir los vómitos que a veces acometían al niño, originados tal vez por un estado ácido.

El día 17 de Julio acusa: Temperatura rectal 39,2°. Estado general sensiblemente idéntico al anterior continuando muy nervioso y desasosgado. En la cota gruesa practicada hallamos tres semilunas, una de ellas degenerada o al menos atípica. En frotis no percibimos rastro alguno de parásito. Siete deposiciones también verdes y mal olientes, con algo de moco y una fina estria sanguinolenta, tenesmo rectal.

Además de las inyecciones de suero se le inyectan diariamente cinco c.c. de sangre de su madre en región glútea.

Al día siguiente, 18 de Julio, registramos o comprobamos: Temperatura rectal 38,4° y cinco deposiciones de mejor aspecto y olor que las anteriores; mas moderados el tenesmo y abolición total de los vómitos. El niño se halla mas tranquilo y duerme mejor. No encontramos parásitos en sangre.

El día 19 de Julio: Temperatura rectal 37,4°, tres

deposiciones casi normales. Sigue el tratamiento que en los días precedentes. La tetada y el sueño son normales. Sigue la negatividad parasitaria en sangre.

El 20 de Julio el niño se comporta en un todo normal.

No hay parásitos en sangre.

Lo seguimos vigilando otros cuatro días más y al notar su normal comportamiento, la damos de alta por curación el día 25 de Julio.

El tratamiento de Atepi ha comprendido siete días.

A pesar de su restablecimiento, el niño, al ser dado de alta aún mostraba un bazo palpable bajo el reborde costal.

- OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.— El niño anteriormente historiado, presenta a nuestro estudio las siguientes consideraciones:
- 1ª—Parasitación un tanto temprana aún cuando no tan precoz como otros casos ya previamente analizados, aún cuando siempre comprendido en el lapso que los paludólogos conocen como período de incubación y por tanto al aparecer al abrigo de una inculación corriente anophélica.
 - 2ª—Nacimiento de madre acusadamente aplética en el momento del alumbramiento.
 - 3ª—La placenta no fué investigada como en otros casos ya citados.

En síntesis, aún con el dato en contrario de no haberse podido estudiar parasitológicamente su placenta y cordón umbilical, sin embargo la reputamos como de muy probable origen maternal.

JOSE ANTONIO GARCIA CURIEL.

Peso	Temp.	Dias	1	2	3	4	5	6	7	Observaciones
4000	41									
3750	40									
3500	39									
3250	38									
3000	37									
2750	36									
2500	35									
Bazo			dos trayese de dedo	dos trayese de dedo	dos trayese de dedo	un trayese de dedo	un trayese de dedo	un trayese de dedo	un trayese de dedo	No se palpa
N.º de deposiciones			7	7	5	3	2	3	2	Idem
Quina			Atepe	Atepe	Atepe	Atepe	Atepe	Atepe	Atepe	
Otras Medicaciones			Cebion (vial) Surofina Fangafel	Campobolín (EX 10 repetido) Amptericina Surofina Fangafel	Cebion Surofina Fangafel	Campobolín Hemoterapia Surofina Fangafel	Cebion Cardiasol Surofina	Adupolón Rodricina	Cebion Cardiasol Corticoida	Continuando con licor arsenical de Fowler a gotas.

Código

Peso

Temperatura

JOSE ESTEBAN MARTIN

675

Natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres)

Nacido el día 19 de Julio de 1.944

- - - - -

ANTECEDENTES FAMILIARES.- Su madre (Caxta Martín Vicente), de 34 años de edad, de esta naturaleza y vecindad, donde radica nuestro servicio antipalúdico, en ambiente fuertemente anophélico y malárico. De soltera padeció durante una larga etapa de paludismo tropical, con reiteradas recidivas y así mismo ya de casada incluso en sus embarazos anteriores los que no obstante llegaron a feliz término. No se trató nunca con plasmoquina a pesar de las reiteradas recomendaciones que se la hizo en este sentido, contentandose con tomas de quinina que ella se administraba a su buen criterio. En este embarazo que comentamos volvió a recidivar ya bien avanzada la preñez, encontrándose en el campo donde tomó muy pequeñas dosis de quinina y por poco tiempo ante el temor de dar a luz prematuramente.

Tiene el parto el 19 de Julio de 1.944 en cuyo trance la sorprende una calentura con gran aparato: Hipertermia de 40,1º, intensa cefalalgia, vómitos, gran excitación neuromuscular como inminencia de eclampsia que por fin no llega a desencadenarse. En estas condiciones nos encomiendan su asistencia profesional. Temiendonos una sepsi puerperal, se la inyecta Pron-tosil Bayer, se la pone hielo en región hipogástrica y se la administra Piramidón Bayer para rebajar su pirexia. No obstante, conocidos sus conmemorativos palúdicos, tomamos sangre del lóbulo de su oreja con el que hacemos gota gruesa y frotis en los que hallamos abundantes anillos de *Pl falciparum* o precoz (*la-verania malariae*). Igualmente tomamos sangre de placenta y cor-

37

54

dón umbilical siendo aquí nuestras pesquisas infructuosas no encontrando rastro de parásitos. Se la somete esta vez a tratamientos combinados de quinina-plasmoquina en las dosis que acostumbramos para estos casos, esto es quince días un gr. diario de quinina(bisulfato) espaciadamente en tomas de 0,25 gr. cada una y treinta días más en las mismas dosis pero en días alternos, seguidos de 5 días de 4 centigramos de plasmoquina Bayer cada uno de ellos. A los once días en que nos llaman para que asistamos al niño, nos la encontramos en relativo buen estado, no así al, hijo al que sorprendemos pálido y desmedrado, con aminoración ostensible de su panículo adiposo y pérdida de peso (3.100 gr. al nacer y 2.975 gr. en el día de nuestra primera exploración, 30 de Julio).

Se encuentra además muy irritable, vomitando con alguna frecuencia y con seis a siete deposiciones al día de un color verde y de olor fuertemente ácido. Acusa temperatura de 38,72, que no la extraña a su madre, que ya venia sospechándolo en los días anteriores. Hallamos a su examen bazo II de Boyd y esto nos pone en la pista de que pudiera estar infectado de paludismo, tanto mas cuanto la madre ha recidivado del crónico que padece hace muy poco tiempo, con ocasión de su parto.

Se le tona gota gruesa y frotis y una vez teñidas con Giemsa-Giemsa, encontramos monontes de laverania malariae.

Sus datos de hematología en este primer análisis, fueron:

Recuento globular.

Hematies en un mm.³ de sangre.....3.700.000

Leucocitos..... 4.700

Serie roja.

Hemoglobina.....75%

Valor globular...aproximado a la unidad.

Anisocitosis, poiquilocitosis, anisocromia; ligera policromasia.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	52	}	Mielocitos.....	1
" eosinófilos.....	1		Juveniles.....	6
" nasófilos.....	1		Cayados.....	11
Linfocitos pequeños.....	25		Segmentados...	34
" grandes.....	7			
Monocitos:.....	<u>14</u>			
	100			

No hayamos células de Rieder ni otras.

En el segundo análisis practicado el 2 de Agosto, al tercer día del primero, encontramos en gota gruesa trofozoitos de *laverania malariae* en muy escasa proporción. En el análisis hematológico hallamos las siguientes cifras:

Recuento globular.

Hematies.....4.700.000
Leucocitos..... 5.200

Serie roja.

Hemoglobina..... 87%

Valor globular.....aproximado a la unidad.

Sus glóbulos han evolucionado hacia la forma y tamaño normales.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....61		Mielocitos....
" eosinófilos..... 1	}	Megaloblasto... 1
" basófilos..... 1		Juveniles..... 4
Linfocitos pequeños.....22		Cayados..... 2
" grandes..... 8		Segmentados...45
Monocitos..... 7		
		<u>100</u>

No se encuentran células de Rieder.

En el tercer y último examen hema-parasitario, encontramos: Ausencia de hematozoarios y los siguientes elementos sanguíneos:

Recuento globular.

Hematies..... 5.200.000

Leucocitos..... 7.400

Serie roja.

Hemoglobina.....90%

Valor globular....Aproximado a la unidad.

La forma, tamaño y coloración, normales.

Fórmulas Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....61		Mielocitos...0
" eosinófilos..... 2	}	Juveniles....1
" basófilos..... 1		Cayados.....2
Linfocitos pequeños.....27		Segmentados.49
" grandes..... 7		
Monocitos..... 2		
		<u>100</u>

No se encuentran células patológicas.

Se trata al enfermito durante los tres primeros días con inyectables de 0,025gr. de biclorhidrato de quinina

y seguidamente durante otros veinte dias seguidos con euquina y lactosa a la dosis de 0,30gr. repartidos en tres tomas de 0,10 gr. cada una y otros veinte dias alternadamente con la misma dosis. A continuación y durante siete dias, se le administra medio centigramos de plasmokino Bayer en dos tomas de 0,0025 gr. cada una. Con ello desaparecieron los accesos y recobró su color, aumentando su peso etc.

Durante los tres primeros dias se le inyectó suero Glucosado y un 1/4 c.c. de Corticina, suero Ringer, etc., para reponer sus pérdidas hídricas y tensión vascular.

Tambien se le practicaron dos inyecciones de plasma sanguínea de 50 c.c. cada una.

En la adjunta gráfica registramos las incidencias patológicas y medicación a que estuvo sometido durante los siete primeros dias.

JOSÉ ESTEBAN MARTÍN.

Peso	Temp.	Días	1	2	3	4	5	6	7	Observaciones
4000	41	—								
3750	40	—								
3500	39	—								
3250	38	—								
3000	37	—								
2750	36	—								
2500	35	—								

Bazo

so so so en en en en
de de de de de
dedo dedo de de de

No repal a

N.º de deposiciones

7 7 4 4 4 4 2 2 Idem

Quilina

on

*de 20 días
días*

Otras Medicaciones

*oct.
vero
días*

eo

or

e

o

@

Código

Peso

Temperatura

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ GARCIA

(Hija de Iluminado y Ramira)

Natural de Garganta la Olla-(Cáceres)

Nacida el 8 de Octubre de 1.945

ANTECEDENTES FAMILIARES.- Su padre sano; su madre tambien de buena constitución y sin antecedentes catalógicos hasta el momento de adquirir su infección palúdica que la ha abatido y desmejorado considerablemente. Por este motivo este su primer embarazo, ha sido mal tolerado, aún cuando ha llevado por fin a buen término.

Data su afección palúdica desde el 7 de Septiembre de 1.944 en que nos remiten una gota gruesa de sangre de la enferma que ha aquejado en los dias anteriores malestar general, con fiebres diarias, acompañadas de calofrío intenso, temblor y gran pesades; la han dejado muy pálida y desnutrida.

El examen microscópico arroja mutlitud de paràsitos Pl. falciparum en formas anulares.

Se la envia el resultado de la investigación recomendandola la pauta de tratamiento a base de un gramo diario de bisulfato de quinina en tomas de 0,25 gr. cada una, durante veinte dias, y esa misma dosis durante otros quince dias, en dias alternos y a continuación que tome durante cinco dias seguidos cuatro centigramos de plasmoquina. Se la aconseja tambien, con el fin de reparar sus deficits hemáticos y su estado de desnutrición y de hipoavitaminosis Solarson Bayer en inyección y Phosphorrrhenal Robert en elixir; mas tarde Cebión Merck por via parental. Según los informes recibidos de la enferma, no vigilada por nosotros, por residir fuera de nuestro medio, ha mejorado, habiendo desaparecido sus fiebres y recobrado su buen color, sus

fuerzas y apetitos.

Así continua hasta el día de su alumbramiento (8 de Octubre de 1.945) en que nos requieren para asistirle al parto, que dicho sea de paso es completamente eutócico. No así su alumbramiento que despierta en ella su parasitación, por lo visto, sumiéndola en estado febril e intenso (40,1²) que se inició con gran calofrío, temblores, vómitos y gran cefálea, terminando con sudoración profusa que la deja agotada y muy postrada.

En vista de sus antecedentes palúdicos se le toma sangre del lóbulo de la oreja y de la que fluye por sus genitales, no haciéndolo del cordón umbilical ni de la que ya habían retirado, con el siguiente resultado: La gota gruesa del lóbulo de la oreja acusa semilunas en casi todos los campos del microscopio; la efectuada con sangre del canal vaginal, también denota presencia de idénticas formas parasitarias si bien en mas reducida proporción.

A la vista de estos hallazgos, indagamos la forma de haber ejecutado anteriormente tratamiento que la hubimos de aconsejar en su primo-infección, averiguando que llevó a cabo lo que se refiere a las tomas de quinina, pero en cambio desistió de la dosis prescritas de plasmoquina, por no existir este preparado en la farmacia de su pueblo en aquel entonces, de donde se había surtido las restantes medicaciones y no creyéndola indispensable, no se atrevió a pedirnosla.

ENFERMEDAD ACTUAL.— Seguidamente el día 27 de Octubre, o sea a los diez y nueve días justos del nacimiento de la niña, nos vuelve a llamar para que nos hagamos cargo de la misma en virtud de hallarse con fiebre (39,7²), vómitos, diarrea verde, muy pálida y nerviosa y agitada como en inminencia de ataque y llorando casi constantemente; ha perdido de peso (al nacer 3.300 gramos; en la actualidad 3.200).

tualidad 3.200).

Su madre nos informa que desde hace cuatro dias tiene la fiebre que en los tres primeros dias ha sido pequeña y bien tolerada, pero que en la de hoy la larmó por su mayor intensidad y por haber despertado los restantes trastornos que ~~desnutren~~ ^{desnutren} y debilitan a la enfermita. Esto la indujo a requerirnos.

Se la explora, hallandola muy pálida, con ojos violáceos, labios cianóticos; fontan la bremagtica muy agrandada. El sistema nervioso se comporta normalmente, así como el circulatorio y respiratorio donde no hallamos rastro, de alteración ecepto, claro es, la taquicardia correspondiente a su hipertermia. En el digestivo vómitos y diarrea verde que la han desnutrido y deshidratado. El hígado se mantiene dentro de sus límites normales, si bien con el área propia del infante. Por el contratio el bazo lo hallamos hipertrófico correspondiendo al tipo II de la clasificación de Boyd.

Esto y los acontecedentes de malaria de su madre nos pone en la pista de que se pueda tratar de un proceso palúdico adquirido de ella por transmisión placentaria o tal vez por el mosquito que la haya inoculado antes de que se haya esterelizado la madre.

Se la toma sangre en gota gruesa y frotis hallando varias semilunas que ún cuando no muy típicas y en un tanto deformadas no dan lugar a dudas sobre su significado (aparecen retraidas, como arrugadas y con la hemozoina dispersa y no como habitualmente en el centro del parásito.)

En su consecuencia se la trata con sales de quinina (los tres primeros dias en inyección de 0,25gr. en región glútea y en los siguientes hasta un total de un mes por via oral a la dosis de treinta centígramos en tomas de 0,10 gr. cada una. Por último se la inyecta alternadamente durante diez dias (cinco tan solo por consiguiente de medicación) 1/2 ampolla de plasmoquina Bayer, tambien en región

glútea, que tolera perfectamente. Conjuntamente se atiende a la corrección de sus vómitos, sin duda motivados por la vagotonia con citrato sódico y la diarrea con tanagel y bismuto. Se la rehidrata con bebidas abundantes de té con sacarina y sueros Ringer y Hayen por vía hipodérmica. Se la inyecta sí mismo suero glucosado con cortecina alternadamente con los otros sueros y se hace hemoterapia con sangre de su madre para aumentar el caudal de sus defensas vitales.

La niña recobra prontamente su apirexia y mejora de sus otros déficits elevando su hemoglobinemia y número de hematies a cifras cercanas a la realidad, así como el peso.

Sus otros datos de laboratorio fueron:

Recuento globular y tasa de hemoglobina.

Hematies por mm. ³ de sangre....	2.700.000
Leucocitos.....	4.300
Hemoglobina.....	67%
Valor globular.....	1,20

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos....	57	}	Mielocitos...0
" eosinófilos....	2		Juveniles....1
" basófilos.....	1		Cayados .....13
Linfocitos pequeños.....	17	}	Segmentados...43
" grandes.....	7		
Monocitos.....	15		
Células de Rieder.....	1		
	<u>100</u>		

Anisocitosis, poifilocitosis, anisocromia, ligera policromasia.

A los tres días del primero, en un segundo examen parasitario y hematológico: En gota gruesa una semiluna un tanto deformada;

en frotis nada.

Recuento globular y tasa de hemoglobina.

Hematies.....4.300.000

Leucocitos..... 5.200

Hemoglobina..... 83%

Valor globular.....Aproximado a la unidad.

Anisocitosis, poikilocitosis, anisocromia y no policromasia.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos....61	}	Mielocitos.....0
" eosinófilos.... 2		Juveniles.....1
" basófilos..... 1		Cayados.....17
Linfocitos pequeños.....27	}	Segmentados...43
" grandes..... 5		
Monocitos.....4		
		<u>100</u>

No se ven células de Rieder.

En el tercer y último análisis, a los cuatro días del segundo, hallamos: Ausencia de parásitos, tanto en frotis como en gota gruesa.

Recuento globular y tasa de hemoglobina.

Hematies.....5.200.000

Leucocitos..... 7.000

Hemoglobina..... 90%

Valor globular.....aproximado a la unidad.

Formula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos....57	}	Mielocitos.....0
" eosinófilos.... 1		Juveniles.....1
" basófilos..... 0		Cayados.....2
Linfocitos pequeños.....28	}	Segmentados..45
" grandes..... 7		
Monocitos.....7		
		<u>100</u>

75

No se ven células de Rieder.

A compás de su mejoría varia su fórmula leucocitaria girando rápidamente de la leucopenia con mononucleosis característica de la infección palúdica hacia la leucocitosis con linfocitosis propias de esta etapa de la vida.

Su evolución en aquel interregno, la reflejamos en la adjunta gráfica.

(

En esta enfermita toma cuerpo la negatividad de su investigación en busca de hematozoario, tanto en retorta placentaria como en cordón umbilical por el hecho de no haber podido tomar la sangre de ellas a causa de haberla retirado anticipadamente la señora Comadrona sin haber procedido a su examen. En este sentido siempre será un dato de importancia en contra de la administración como caso de malaria concepcional.

No obstante, el hecho de la evidente parasitación de su madre en el instante del alumbramiento y sobre todo la investigación positiva de la sangre de la enfermita a los diez y nueve días de su exclaustración abonan este parecer de posibilidades de haber adquirido su infección en útero.

Podrá, objetarse de que en este tiempo pudiera haber sufrido inoculación anophélica situada como se hallaba en ambiente densamente palúdico y anophélico, pero en contra de este supuesto y a favor por consiguiente como de paludismo concepcional habla el hecho de que el foco mas próximo y peligroso constituido por su madre se descarta, porque casi con toda seguridad, en aquella fecha, estaba ya esteril.

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ GARCIA A.

Peso	Temp.	Dias	1	2	3	4	5	6	7	Observaciones
4000	41									
3750	40									
3500	39									
3250	38									
3000	37									
2750	36									
2500	35									
Bazo			Do traves de dedo	Do traves dedo	Lu traves dedo	Lu traves dedo	Lu traves dedo	Lu traves dedo	Lu traves dedo	No se palpa
N.º de deposiciones			7	7	11	7	4	4	2	2 Idem
En que principio no toleraba Quilina por via oral			Infección	Infección	Infección	Refalillo	Refalillo	Refalillo	Refalillo	Idem 20 días m's - Cues unico dias de Plasma Genic
Otras Medicaciones			Suero Puyler Corticoide Extrato iodico Suero Querosol Extrato iodico Suero Puyler	Suero Puyler Corticoide Suero Querosol Extrato iodico	Suero Puyler Corticoide Suero Querosol Extrato iodico	Suero Puyler Corticoide Suero Querosol Extrato iodico	Suero Puyler Corticoide Suero Querosol Extrato iodico	Suero Puyler Corticoide Suero Querosol Extrato iodico	Suero Puyler Corticoide	

Código

Peso

Temperatura

Esta observación, con su historial clínico correspondiente, ha sido conreccionado con los datos que obran en nuestro fichero del Dispensario Antipalúdico de la Localidad por lo que se refiere a la madre, completado con los que nos han sido facilitados por ésta última y que se refieren al niño, el cual nacido el 9 de Abril de 1.946, enfermó el 6 de Mayo del propio año por Pl.vivax.

Fué estudiado el caso en Madrid, donde ocurrieron, tanto el nacimiento del niño como su infección de referencia, por el Médico Puericultor Dr. A. Arbelo del Dispensario de Puericultura y Pediatría del Instituto Nacional de Previsión, sito en el número 21 de la Avenida de la Reina Victoria, con gran esmero y a cuya publicación inserta en el número 50 de Actas Pediátrica Española nos referimos de la que segregamos interesantes datos, que en cierto modo son semejantes a los ya estudiados por nosotros con enfermos de esta casuística y consignados en este modesto trabajo.

No recabamos pues la paternidad del caso pero sí lo traemos a nuestro campo de observación aportando nuestra cooperación, por ser su madre, además de familiar nuestro, cliente veterana de nuestro servicio antipalúdico y haber seguido prolijamente las incidencias y, aún a distancia, haber actuado según los informes de sus padres recibíamos, los que intercambiaron los datos que obtenían con los que nosotros le enviamos (resultado de los análisis que a su solicitud practicamos en las muestras de sangre remitidas expresamente a este objeto). En este sentido y con el beneplácito de este distinguido compañero, a quien sentimos no conocer, nos referimos a su estudio, que hacemos nosotros.

Digno sea de paso, al mismo tiempo de verificarse la investigación hematológica en la Capital, la comprobamos nosotros en

78

las preparaciones, que a nuestra petición, por conocimiento del caso, nos enviaron en porta-objetos que remitimos expresamente a esta rinalidad.

GUILLERMO DE LA CRUZ MORALES (Primogénito)
nació el 9 de Abril de 1.946, en la calle de Margaritas número 20- Madrid-, donde reside con sus padres.

- - - - -

ANTECEDENTES FAMILIARES O HEREDITARIOS.-Su padre oriundo de Tordesillas(Valladolid), sano y fuerte.

Su madre de buena constitución, no ha padecido enfermedad de importancia, a excepción del paludismo que contrajo en 1.937, diagnosticado en nuestro servicio Antipalúdico y con ficha registrada en este Dispensario. A partir de aquí, sufrió varias recaídas y recidivas, que se trataron con variadas medicaciones (quinina, stowarsol quinina y en vísperas de contraer nupcias, con neosalvarsan e inyección endovenosa, hasta un total de 4 gr.) Al parecer quedó desde este último tratamiento curada. No tiene aborto alguno y esta su primera gestación sin tropiezo alguno de relieve. No obstante es necesario hacer constar que estuvo febril en el último mes del embarazo, no recurriendo a la quinina por temor se interrumpiera. Después de su alumbramiento acusa fiebrícula vespertina, que entonces, ya libre de aquel peligro, sofoca con quinina.

En la exploración a que fué sometida, el hígado se mantiene en sus límites ordinarios; no así el bazo que se palpa muy perceptiblemente bajo el reborde costal. (Bazo I de Boyd).

No obstante su mas que probable parasitación, ésta le consiente llegar a feliz término su preñez. En erecto, dá a luz, en parto completamente eutócito, en su domicilio asistida por comadrona.

Su alumbramiento exagera un tanto su febrícula (38,5°) que remite con las siguientes tomas de quinina, sin mas alteraciones sucesivas.

No se la investiga parásitos en sangre periférica, ni en placenta, ni en cordón umbilical.

Su tratamiento de quinina post-partum fué ejecutado, sin regularidad ni sistema y sin embargo es suficiente para que desaparezcan las fiebres y la permita reponerse prontamente de su estado anoréxico, tinte pálido, pérdida de peso, etc.

ENFERMEDAD ACTUAL.— El niño nace a término y aunque entonces no fué pesado a juzgar por los informes de su madre, cuando acudió con el al Dispensario de Puericultura y Pediatría, "estaba mas gordito y de mejor aspecto que ahora" (y en aquel momento pesó 3.300 gr.) suponemos que vino al mundo con el peso y talla normales.

Según los datos que facilita la madre en su interrogatorio clínico, se le observa febril desde el 22 de Abril, esto es a los 13 días justo de su vida extrauterina, achacando su malestar a disturbio intestinal, por acompañarse la fiebre con vómitos y diarrea (de tipo post-prandial) y cianosis. Esta fiebre presenta la particularidad de que aún cuando es diaria, sube en forma alterna hasta 38,5° y 39°; los días intercalares solo muestra unas décimas sobre la normal.

En vista de la sospecha de que estuviera afectado de malaria se le envia a uno de los Dispensarios Antipalúdicos de la Capital para que se proceda a la oportuna investigación parasitaria.

(Por este tiempo, teniendo nosotros conocimiento del estado del niño, por carta de sus padres y teniendo en cuenta la anamnesis de el paludismo rebelde de la madre, sospechamos que pudiera hallarse contagiado de malaria. A este objeto remitimos los porta-

objetos para que tomada la sangre con las precauciones, que ya les indicamos, nos devolvieran las preparaciones a nuestro Dispensario para proceder tambien a su examen y diagnóstico)

Coincidimos ambos servicios antipalúdicos, diagnosticandose numerosas formas anulares y alguna que otra forma adulta ameboidea de Pl vivax. No se hallan por el contrario gametocitos.

Sus otros datos de laboratorio fueron (El 7 de Mayo de 1.946):

Recuento globular.

Hematies.....	3:370.000
Hemoglobina.....	75%
Valor globular.....	1,2
Leucocitos.....	6.000

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	58	}	Mielocitos.....	0
" eosinófilos.....	1		Juveniles.....	0
" basófilos.....	0		Cayados.....	8
Monocitos.....	9		Segmentados....	50
Linfocitos.....	32			
	100			

El segundo análisis (9 de Mayo):

Recuento globular.

Hematies.....	3.540.000
Hemoglobina.....	Sin explorar
Valor globular.....	" "
Leucocitos.....	11.440

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	23	}	Mielocitos....	0
" basófilos.....	0		Juveniles....	0
" eosinófilos.....	0		Cayados.....	4
Monocitos.....	2		Segmentados..	29
Linfocitos.....	74			
Células de Rieder.....	0			
	100			

Gota gruesa = Negativa (sin parásitos)

811

Se le trata con clorhidrato básico de quinina administrada por vía digestiva, mezclada a una cucharada de caseinato cálcico antes de la tetada. Parece ser que de esta forma la quinina es mejor tolerada por el lactante.

Las dosis fueron gradualmente aumentando desde 0,10 gr. en los días 6 y 7 hasta 0,20 gr. (repetida la de 0,10 gr. por mañana y tarde).

Nosotros, respetando este criterio, aconsejamos en virtud de nuestra dilatada experiencia) dosis mayores por haber comprobado en general una mayor tolerancia, admitiendo en general los lactantes sin protesta hasta 0,40 gr. y 0,50 gr., según edades y resistencias de cada cual.

La evolución y marcha del estado general a compás del tratamiento en aquella primera semana se inscribe en la adjunta gráfica.

82

El día 16 se continuó el tratamiento, ahora con Atepé, dándole una tableta al día, fraccionada en tres tomas, durante 7 días.

Como en el análisis realizado por el Dr. Luengo el día 27, aún parece ser se notan restos de parásitos "formas con aspecto degenerativo aún sospechosas"), se le repite otro tratamiento de Atepé de igual forma y duración que el anterior. Además y conjuntamente, con el fin de restaurar sus déficits globular y pigmentario, al lactante se le dan preparados de megaloesplenia, la mejoría de su pigmentación, etc.

COMENTARIO (PARTICULAR) DE ESTE CASO.— En primer lugar se advierte fenómeno común a casi todos nuestros enfermitos (y en la mayor parte de adultos) la modificación o raje de la leucopenia y mononucleosis del estadio parasitario hacia el retorno o recobro de la leucocitosis y linfocitosis relativa con la siguiente disminución de neutrófilos y sobre todo de monocitosis. En este momento es cuando aparecen los gametos (lógicas formas de resistencia parasitaria) y el aumento de hematies y hemoglobina, haciéndose la regeneración globular.

El caso presente se presta a adoptar una posición ecléctica en la admisión y definición del paludismo congénito.

Por una parte el paludismo crónico de su madre con estado febril sospechoso en los últimos días de su gestación y mas que esto, la parasitación ciertamente evidente del niño a los tres días de su vida (recuerdese que el día 9 de Abril y el 22 del propio mes ya se advierte en él fiebre) abonan este parecer reforzado por el hecho de que el anophelismo en Madrid, sobre todo en Cuatro Caminos (barriada donde está el niño con sus padres) es practicamente nulo.

En cambio se opone a su admisión en este concepto el no haberse investigado y por tal hallado parásitos en cordón umbilical ni en placenta.

B I B L I O G R A F I A

= = = = =

FEYTER (C de)- Cita en el libro de Barbosa (A) y López Arjona (B); el paludismo en el primer año de la vida. Madrid 1.935.

JASO (E)- Trabajos.

LAFONT- A et Fulconis (H):Compte Rendu du Deux-Conf-Internat du Palud . 1-745-1.930.

LEGER (M)-Anales de la Soc. Belge de Medicine Trop.núm. 2-1.935.Estadística Sanitaria Nacional.rev. de Sanidad e Higiene Pública-Noviembre 1.946.

CARMEN FERNANDEZ PAVON

Nació el día 17 de Febrero de 1.947

Natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres)

ANTECEDENTES FAMILIARES.— Su padre sano. Su madre, de 45 años de edad, ha tenido otros 7 hijos que se crían sanos y robustos.

Un aborto por paludismo hace tres años. Desde hace varios años ha sufrido varias recaídas con periodo de mejoría y empeoramiento, siempre pálida y agotada con un estado de caquexia moderada.

Durante el último mes de su gestación, febrícula la mayor parte de los días y cefalalgias. Tomó algunas pequeñas dosis de quinina, no haciendo tratamiento en regla por temor al parto prematuro; al Atepló tenía aversión.

Su último embarazo fué como siempre normal y a término.

A dar a luz la aconetió un acceso con fuerte tiritera que nos hace dudar sea de origen séptico puerperal o específicamente palúdico. La tomó sangre en gota gruesa y frotis y comprobamos momentos de pl. vivax en regular cantidad y algún que otro gametocito de la misma especie parasitaria. Hígado normal—bazo nº 1 de Boyd. Se la instituye un tratamiento completo de Atepló que toma resignadamente ante el temor que se la retire la leche y no pueda criar a su hijo. Desaparecen las fiebres.

ENFERMEDAD ACTUAL.— El día 7 de Abril, a los 18 días justamente de nacer, nos llama para que atendamos al estado de la niña que se encuentra muy desmejorada con vómitos, diarreas, palidez

acentuada, pérdida de peso(en el nacimiento 3200 grs; en este día 3.100) y llorando frecuentemente, no conciliando el sueño sino de tarde en tarde. Hígado de volumen y dimensiones normales. El bazo por el contrario se palpa bajo el reborde costal. En nuestra primera visita, la hallamos con 38,7° de temperatura pero a nuestro interrogatorio nos informa su madre que el día anterior estuvo aún mas febril y que viene notando que en días alternos se encuentra peor y mas ardiente. Este y los conmemorativos de la malaria de la madre nos hace que tomemos gota gruesa y frotis de la sangre de la niña; hallando en ambas preparaciones anillos de Pl. vivax.

Sus datos de laboratorios hematológicos fueron:

Recuento globular.

Hematies en un mm³. de sangre... 2.700.000
Leucocitos 2 " " 4.300

Serie roja.

Hemoglobina..... 70%
Valor globular.. 1,17
Anisocitosis, poiquilocitosis, anisocronia y policromasia discreta.

Fórmula Leucocitaria.-

Polinucleares neutrófilos....	57	}	Mielocitos....	0
" eosinófilos....	1		Juveniles....	0
Linfocitos pequeños.....	22		Cayados.....	14
" grandes.....	4		Segmentados..	43
Monocitos.....	15			
Células de Rieder.....	1			

En su segundo examen, a los dos días del primero, encontramos: En gota gruesa un parásito de forma ameboides (adultas) y un gametocito de *Pl. vivax*. En frotis nada.

Recuento globular.

Hematies 4.000.000

Leucocitos 5.200

Serie roja.

Hemoglobina 75%

Valor globular. Aproximado a la unidad.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos...	52	}	Mielocitos....	0
" eosinófilos...	2		Juveniles.....	1
" basófilos.....	1		Ovados.....	7
Linfocitos grandes.....	7		Segmentados..	43
" pequeños.....	27			
Monocitos.....	11			
	100			

A los tres días siguientes de este último se practica un tercer examen con los siguientes resultados:

En gota gruesa y frotis = negatividad parasitaria.

Recuento globular.

Hematies en un mm^3 de sangre... 5.200.000

Leucocitos 7.400

Serie roja.

Hemoglobina 90%

Valor globular... Aproximado a la unidad.

Los glóbulos están normalizados en tamaño, forma y coloración.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	61	}	Mielocitos.....	0
" eosinófilos.....	2		Juveniles.....	1
" basófilos.....	1		Cayados.....	13
Linfocitos pequeños.....	25		Segmentados..	47
" grandes.....	7			
Monocitos.....	44			
	<u>100</u>			

No se ven células de Rieder.

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.— Como en los casos precedentes antes estudiados se hechan de ver una pronta rectificación de su fórmula hemática palúdica con leucopenia y monocitosis retornando en su linfocitosis habitual en esta época de la vida.

Se la prescribientratamiento a base de inyectarle durante los cuatro primeros días Laveranil(a base de biclorhidrato de quinina) a la dosis de 0,25 gr. y seguidamente durante 10 días, 30 centígramos diarios de aristoquina y lactosa y durante veinte días más la misma dosis pero en días alternos. Se la deja descansar un mes al término del cual se la administra un medio de tabletas de Atepé por día, durante siete días seguido. Se la prescribe asimismo para corregir su anemia licoarsenical de Fowler a gotas. A continuación Cebión Merck en días alternos. Para su diarrea unos papelillos de Tanagel y para los vómitos una fórmula de citrato de sosa al 2 % a cucharadas inmediatamente antes de la tetada. Para combatir su deshidratación suero Glucosado y Corticina para mejor asimilación del azúcar y al mismo tiempo levantar su tono vascular.

Su resultado fué óptimo. Desaparecieron los accesos, se corrigieron vómitos y diarrea, aumentó el peso, recobró el color y se redujo en el correr de 7 días su incipiente esplenomegalia. (Bazo de Boyd).

Todo ello se marca en la siguiente gráfica.

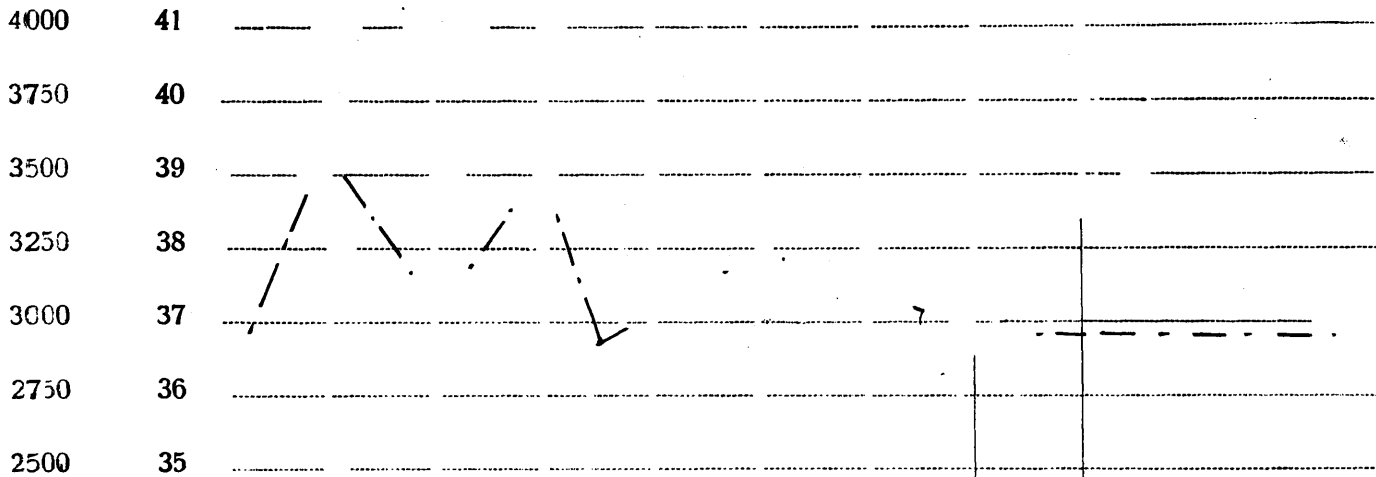
Las modalidades de este caso estriban en producirse el síndrome palúdico a los 18 días del nacimiento, tiempo habil, en el que podía haberse efectuado la inoculación por el mosquito sobre todo en ambiente como este densamente anophélico. Sin embargo habla en favor de la transmisión placentaria el que se dió en una época en que si bien suele ya haber mosquitos adultos provenientes de la nueva generación, no lo son en gran cantidad, por lo que en inoculaciones son raras en este tiempo hasta tal punto que los casos positivos registrados por esta fecha suelen ser recidivas de casos de incubación tardía (Korteweg-De Buen) del otoño anterior.

ANTE esta consideración nos inclinamos a estimarlo como un caso mas de malaria congénita.

55

CARMEN FERNANDEZ PAVÓN.

Peso Temp. Dias 1 2 3 4 5 6 7 Observaciones



Bazo *soo de dedo* *soo de dedo* *soo de dedo* *un de* *un de* *un de* *un de* *Norepal*

N.º de deposiciones *7* *5* *8* *7* *4* *4* *2* *-2* *-2* *Id*

Quinina *0,20* *9* *0,20* *9* *R. de* *3* *-4* *0* *→*

Otras Medicaciones *un. el* *ava* *o eni* *ava* *o Ha* *un* *o H* *ion* *as* *Forv. ex* *emule* *o Cuchas*

Código { Peso
 Temperatura

ANTONIO COZA HERRERO

Nació el 17 de Julio de 1.948

Hijo de Antonio Coza Guillén y de
Eustasia Herrero Simón

ANTECEDENTES FAMILIARES.- Hereditarios.-Su padre sano;su madre lo fué hasta el momento de contraer la malaria.A causa de ella, este su segundo embarazo, ha sido soportado en peores condiciones que el primero;asu pesar llegó a librarse en bastantes buenas condiciones el fruto de soncepción.

Data su paludismo desde el 16 de Septiembre de 1.947 en que nos visita en nuestro consultorio oficial del Dispensario Antipalúdico, con ocasión de unas fiebres de tipo cotidiano con gran calofrío,intensa cefalalgia,palidez acentuada;gran extenuación.

El examen hemo-parasitario evidencia gran cantidad de esquizontes de Pl. falciparum.

Se le trata con un gramos de bisulfato de quinina durante quince días y con las mismas dosis en días alternos durante otros quince(en total 22,50 grs.).

Como no acude a la terminación como la teníamos emplazada y nos prometió a fin de completar su terapéutica con las dosis habituales de Pl. asmoquina que la hubieran a buen seguir esterelizado dejamos de conocer su evolución y resultado definitivo.

Nuevamente volvemos a ocuparnos de ella con motivo del parto y alumbramiento de este su segundo hijo que nace en parto autócico.El alumbramiento por el contrario viene alterado por un acceso febril estrepitoso con temperatura de 40,7º,calo-

frio y temblor de gran aparato, cefalalgia y vómitos. En este momento y conociendo su anterior parasitismo y para sentar un diagnóstico diferente al entre recidiva de malaria y sepsi puerperal, tomamos gota gruesa y frotis sangre periférica, de placenta y del cordón umbilical hallando: En la primera, tanto en gota como en frotis, abundantes semilunas. En placenta en gota gruesa dos de estos gametos; en frotis nada. En la sangre de los vasos umbilicales (arterias y vena) también negativa.

Con este resultado instituímos tratamiento de quinina en dosis idénticas a las prescritas en el anterior ataque y plasmoquina, que ahora vigilamos, a la dosis de 6 centigramos diarios durante cinco días. Además se la recomienda Optarsón Bayer en inyectables "Ferroquina Bisleri" per os" con régimen de abundantes verduras y frutas para suplir su déficit vitamínico originado por el parasitismo.

ENFERMEDAD ACTUAL. El 7 de Julio de 1.948 nos llaman nuevamente para encargarnos ahora de la asistencia del niño que acusa fiebre de 39,4°, vómitos, diarrea con tenesmo, moco y sangre, muy irritable, llorando casi continuamente; a veces entra en sopor en estado semicomatoso.

En estas circunstancias y con los conmemorativos de la afección de su madre y pensando que pueda haber sido contaminado dentro del claustro materno y hallarnos en presencia de un auténtico paludismo congénito, procedemos a tomar sangre en gota gruesa y frotis encontrando, tanto en uno como en otro, varias semilunas que confirman el parasitismo y posiblemente lo congénito del mismo.

Su exploración nada dice por lo que concierne al sistema nervioso, a parte, claro es, de la excitabilidad de que se

ha hecho mención, así como el corazón y el pulmón (sin tener en cuenta la taquicardia y disnea propias de la hipertotermia).

El aparato digestivo nos ofrece un catarro de entero-colitis que cede al tanígeno y bismuto, Babeurre, etc. rehidratación, plasmo y hemoterapia, etc.

El hígado agrandado como es lógico en estas primeras edades. El bazo por el contrario hipertrófico (tipo II de Boyd).

Se le trata su paludismo diariamente con inyectables de biclorhidrato de quinina de 0,50 gr. durante 10 días seguidos de aristoquina y lactosa en papelillos de 0,20 gr. en número de tres por día en un total de 20 días seguidos.

Se completa con 1/2 ampolla en días alternos de plasmoquina Bayer, durante diez días (en total cinco ampollas).

Con esta medicación que el infante soportó muy bien, conseguimos abolir los accesos y mejora de su estado general acusado por el aumento de peso, recobro de su color (hemoglobinemia y aumento globular), sueño reparador y alegría.

Sus otros datos de laboratorio fueron:

Recuento globular-

Hem. ties.....	2.740.000
Hemoglobina.....	61, %
Valor globular...	1,15
Leucocitos.....	4.700

Fórmulas Leucocitarias.-

Polinucleares neutrófilos....	61
" eosinófilos....	2
" basófilos.....	0
Monocitos.....	17

...../

Linfocitos pequeños.....16	{	Mielocitos.....1
" grandes..... 4		Juveniles.....2
Células de Rieder..... 0		Cayados.....17
<u>100</u>		Segmentados..41

Polinucleares neutrófilos

A los tres días del primer examen, efectuamos otro con este resultado:

Recuento globular.-

Hemates.....	3.700.000
Hemoglobina.....	74%
Valor globular.....	1,1
Leucocitos.....	5.000

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos... 57	{	Mielocitos..0
" eosinófilos... 3		Juveniles...0
" basófilos..... 0		Cayados....14
Monocitos.....11		Segmentados43
Células de Rieder..... 0		
Linfocitos pequeños.....25		
" grandes,..... 4		
<u>100</u>		

En el tercer y último, comprobamos: Ausencia de parásitos.

Recuento globular.

Hemates.....	4.700.000
Hemoglobina.....	87 %
Valor globular..	Al-rededor de la unidad
Leucocitos.....	7.500

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos...57	
" eosinófilos... 3	
" basófilos..... 0	
...../.....	

. . . ./ . . .

Celulas de Rieder....0	Mielocitos....0	
Linfocitos pequeños.25	Juveniles.....1	{ Polinucleares centrófilos
" grandes...11	Cayados.....17	
Monocitos.....4	Segmentados...39	
100		

N o t a.-La velocidad de sedimentación hemática que estaba acelerada (Índice de Katz = $a \frac{b}{2}$ a = 1 hora a' = 2 horas) fué restituyéndose a compás de su mejoría a sus cifras normales.

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.- Como en otros casos ya estudiados semejantes a éste, toma perplejidad el ánimo al considerar el parasitismo de este niño que al no evidenciar hematozoarios en la sangre del cordón, pudiera desecharse lo congénito de la infección por cuanto la presencia de aquel en la sangre de la placenta no está exenta de crítica; razonable al estimar que la capa periférica de los cotiledones pudieran estar por su íntimo contacto manchada con sangre de los vasos del endómetro y conducir a error.

También es discutible la misma aparición de la malaria en este niño que tanto se puede achacar y atribuir a la contaminación o mejor dicho transmisión a travez del filtro placentario como a inoculación del anopheles, esto tan facil en ambiente tan recargado de enfermos de mosquitos.

Se aprecia igualmente como en otras situaciones de enfermos de malaria el viraje de su fórmula leucocitaria de la leucopenia y monocitosis característica de este proceso a la leucocitosis y relativa linfocitosis propia del infante en su estado normal.

También descienden las cifras de la velocidad de sedimenta-

ción de hematies paralelamente a la mejoría que el enfermito experimenta al reintegrarse en su normalidad de glóbulos y pigmentos sanguíneos.

Su trayectoria en el tiempo de enfermedad de este niño lo expresamos en la siguiente gráfica.

ANTONIO COZA HERRERO.

[illegible]

B a z o

to em, em em em em
e de de travi travi No re pte e
de de do o led

N.º de deposiciones

7 7 4 4 3 2 2 Normal.

Quina ^o
vocal

Otras Medicaciones

enve. i.
 em m.
 0
 Biomuto e
 Cardel. ui
 Hmo
 Biom d
 Cardide
 e on
 Can sp
 H
 A
 ion
 .
 .
 H continuación
 1/2 ampolla
 Plasma fuma
 Baizer en di
 alferos.

Código

Peso

Temperatura

CESAR GONZALEZ MUÑOZ

(Hijo de Casimiro y Petra)

Natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres)

Nacido el 7 de Agosto de 1.948

ANTECEDENTES FAMILIARES.—Su padre sano. Su madre delgada pero también sana hasta el momento de contraer la infección. A consecuencia de la misma, esta gestación ha sido peor tolerada que las anteriores; sin embargo ha podido llegar felizmente hasta su terminación.

Su malaria hace referencia desde el 25 de Agosto de 1.947, en que acudió por primera vez al Dispensario Antipalúdico, motivada por unas fiebres de tipo cotidiano, con gran calorrio, dolor y pesadez de cabeza, palidez acentuada, anorexia, desnutrición.

Su examen hemoparasitario revela gran cantidad de esquizontes de *Pl. vivax*. Se la trata con bisulfato de quinina a la dosis de un gramo diario durante diez días seguidos y otro gramo en días alternos durante otros veinte días (en total 20 gr. de quinina).

Desaparecen las fiebres y mejora de su estado general, merced a la medicación complementaria, tónica y estimulante de su regeneración sanguínea (Optarson Bayer—Fer—cobre—hepavital rólico y Cebión Merck) y régimen abundante de frutas y verduras) para subsanar su empobrecimiento vitamínico.

Sigue en este aparante buen estado hasta el día del alumbramiento de su hijo en que nos requieren para asistirle al parto que fué de toda normalidad. En cambio el alumbramiento se acompaña de fiebre alta (40,4º) que se instaura con calorrio, temblor y gran excitabilidad neuromuscular con vómitos y gran cefalalgia; termina con copioso sudor que la deja muy postrada y abatida.

Pensamos pueda tratarse de un initio de sepsis puerperal pero mas bien hábida cuenta de sus antecedentes palúdicos sea una recidiva de

52

97

esta infección. Para dilucidarlo se la investiga parásitos en gota gruesa y frotis del lóbulo de la oreja, como asimismo de placenta y de los vasos del cordón umbilical, encontrando, tanto en la sangre de la oreja como en la de la placenta, relativa abundancia de formas anulares y algunos gametos de *Pl. vivax*. Por el contrario en la sangre de los vasos del cordón nuestras pesquisas son totalmente infructuosas.

ENFERMEDAD ACTUAL.—A los veinticinco días de su nacimiento, enferma el niño con estado febril de alguna intensidad (39,7°) acompañado de vómitos, diarrea, palidez cérica y muy irritable; ha perdido de peso (Al nacer 3.400 grs.; ahora 3.250.).

Su madre nos dice que desde hace seis o siete días ha empezado a desmejorar iniciándose su trastorno con fiebre pequeña que de día en día ha ido aumentando pero que tan solo hoy ha robrado gran aparato y la ha alarmado.

El sistema nervioso, aparte claro es de la irritabilidad, se comporta normalmente, así como el respiratorio y circulatorio que no acusan sino la disnea y taquicardia características de la hipertermia.

También el aparato digestivo se encuentra normalizado, pues los vómitos y la diarrea se producen tan solo acuciados por la fiebre, tal vez por mecanismo vaga propio de la acidosis de la pirexia.

El hígado se mantiene, aunque agrandado, como es lógico en el niño, dentro de su área habitual. No así el bazo que se palpa muy ostensiblemente como dos traveses de dedo por debajo del reborde costal, correspondiendo aproximadamente al tipo II de la escala de Boyd.

Con estos datos y los antecedentes palúdicos de la madre, con parasitación de placenta, pensamos pueda ofrecernos un caso de malaria congénita o en otro caso de inoculación anoplélica antes de que se hubiera esterilizado la madre, fuente de infección o contagio la mas próxima o verosímil.

Se la toma sangre en gota gruesa y frotis y se encuentra en ambos esquizontes de *Pl. vivax*.

63

Como es lógico se la trata seguidamente con sales de quinina (biclorhidrato neutro en inyección de 0,50 gr.) diariamente durante los diez primeros días, seguido de la ingestión por vía bucal de aris- toquina y lactosa a la dosis diaria de 0,60 gr. (tres papelillos al día de 0,20 g r. cada uno) durante veinte días. Lo tolera bien obteniendo una evidente mejoría.

Tratamos sus vómitos con citrato sódico y su diarrea con tanige- no y bismuto. Se la rehidrata con bebidas abundantes, té con sacarina y sueros Hayem y Ringer por vía Hipodérmica.

Se procura aumentar sus defensas orgánicas con hemoterapia homó- loga a base de sangre de su madre.

El niño va reintegrandose paulatinamente de sus deficits elevando su número de hematies, su hemoglobina así como el peso.

Sus datos de laboratorio fueron:

Recuento globular.

Hematies por un mm. ³	....3.400.000
Hemoglobina.....	61%
valor globular.....	Alrededor de la unidad.
Leucocitos.....	4.200

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....57	}	Mielocitos.....0
" eosinófilos..... 2		Juveniles.....2
Monocitosis.....17		Cayados.....17
Linfocitos pequeños.....20		Segmentados..38
" grandes..... 4		
Basófilos..... 0		
Células de Rieder.....0		
		100

El segundo análisis a los tres días del anterior, hallamos en gota gruesa= Un anillo de Pl. vivax.

Recuento globular.

Hematies.....4.300.000
Hemoglobina..... 78%
Valor globular. En el umbral de la unidad.
Leucocitos.....4.700

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....57	}	Mielocitos...0
" eosinófilos.... 2		Juveniles....4
" basófilos..... 0		Cayados.....7
Células de Rieder..... 0		Segmentados.46
Linfocitos pequeños.....25		
" grandes..... 7		
Mononucleares..... <u>.11</u>		
		<u>100</u>

En el tercero y último comprobamos ausencia de parásitos.

Recuento globular.

Hematies.....4.700.000
Hemoglobina..... 87%
Valor globular..Aproximado a la unidad.
Leucocitos..... 6.100

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....52	}	Mielocitos...0
" eosinófilos.... 3		Juveniles....1
" basófilos..... 0		Cayados.....17
Células de Rieder..... 0		Segmentados.34
Linfocitos pequeños.....28		
" grandes.....10		
Monocitos..... <u>.7</u>		
		<u>100</u>

N o t a.— La velocidad de sedimentación hemática que estuvo aumentada en un principio se reintegró a sus cifras habituales, a medida que fué mejorando.

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.—

También aquí observamos un viraje de su fórmula leucocitaria de la leucopenia y mononucleosis propias de la parasitación palúdica hacia la leucocitosis con relativa linrocitosis.

Su marcha en aquel tiempo la reflejamos en la adjunta gráfica.

Resalta en este enfermito no hallar parásitos en vasos del cordón umbilical. Esto predispone en contra de su fácil admisión y catalogación para el paludismo congénito.

Sin embargo hay otros datos que por el contrario inclinan nuestro ánimo a conceptuarle como de malaria intrauterina ante la consideración de la parasitación de la madre en el preciso instante del alumbramiento y mas que nada la investigación positiva en la sangre del enfermito a los diez y siete días de su venida al mundo, pues si bien esto puede atribuirse a la inoculación por mosquito después de su nacimiento, cosa muy facil en ambiente densamente palúdico y anophélico, no parece verosimil en este como en otros similares ya estudiados si pensamos que la madre fuente probable de su contaminación fué tratada rápidamente y correctamente con quinina y por consiguiente hemos de estimarla en ese momento esterelizada.

CÉSAR GONZALEZ MUÑOZ.

[illegible]

B a z o

soy un, un, un un un
 * * *
 de de de de de de de
 dedo de ded de

Normal

N.º de deposiciones

11 7 5 4 4 4 3 2 000

no prima
orologio

indos's q. R.
su c

Otras Medicaciones

Hemo
Can
Abig
uno, dicio
Chi
in
Can
De ion
ion, o
noro
noro
Hemo
i
,
noro in
'on
me o
Touder,
gots a
o all

Código

Peso

Temperatura

RAMONA BOTE ARJONA

161

Natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres)

Nació el día 2 de Agosto de 1.949

ANTECEDENTES FAMILIARES Y HEREDITARIOS.— Su padre sano y fuerte; tan solo aqueja fuerte astigmatismo. Su madre, de buena constitución no ha sufrido otra enfermedad que la malaria por Laverania padecida desde el 7-de Septiembre de 1.947 (con bazo núm.2) diagnosticada y registrada en el fichero de nuestro servicio antipalúdico. Desde entonces y con varias recidivas que alternaban con mejorías mas aparentes que reales, se ha mantenido con un precario estado de salud, con anemia y extenuación. En este lapso de tiempo se hace embarazada conllevando no obstante bien su estado. Sin embargo en el último quincenario de su gestación acusó fiebre algunos días, si bien como era de escasa altura no la concedió importancia y estuvo sin tomar quinina por temor a provocar prematuramente el parto. En estas condiciones la sorprende éste en cuyo día, en el momento del alumbramiento sufre un acceso febril de alguna violencia que alarma a sus familiares (40,3°), vómitos, gran cefalalgia, calambres etc. Nos requieren para que nos hagamos cargo de la situación de la enferma y procedemos, en vista de sus antecedentes palúdicos a tomar sangre del lóbulo de la oreja y además otras dos, una de la retorta placentaria y otra del cordón umbilical, con positividad para las dos primeras en las que hallamos formas múltiples de trofozoitos de Laverania malariae, más abundantes, claro es en la sangre de la madre que en la proveniente de la placenta. En el cordón, como ya apuntamos, nuestras pesquisas fueron totalmente infructuosas. Se la somete a tratamiento de quinina y plasmoquina, que no ejecuta fielmente en su integridad, sino que lo abandona al 7º día del tratamiento, so pretexto de que se la retiba la leche y ya se encontraba apirética y en buen estado. Nosotros desco-

nocedores de ello no pudimos evitarlo.

102

ENFERMEDAD ACTUAL.— La niña nace a término yaunque no fué pesada, por su examen somático, cuando posteriormente nos encargamos de su asistencia, respondía a un peso y talla proporcionada y normal, descontando, claro es, la pérdida experimentada en los días de enfermedad.

El día 13 de Agosto, esto es a los once días justos de conocer la luz, se la observa desasosegada, nerviosa y muy llorana, febril, con diarrea y vómitos y según apreciación de la madre, con la fontanela bregmática agrandada. Nos la traen a nuestra consulta en la creencia de que padece dispepsia propia del calor estival. No obstante en vista de los antecedentes de la madre y el recuerdo de su último y reciente episodio malárico en el alumbramiento, nos orientamos hacia un posible parasitismo y dirigimos nuestra exploración en este sentido. A ello nos induce además la palidez acentuada de la niña y su esplenomegalia (bazo núm. II de la escala de Boyd). Practicamos gota gruesa del lóbulo de la oreja y una vez teñida por el Giemsa-Giemsa, sorprendemos en el análisis algunas formas anulares de *Plasmodium Falciparum* (laverania malariae). A análisis algunas formas anulares de *Pl. falciparum* (laverania malariae). A la vista de este hallazgo la sometimos a tratamiento de aristoquina y lactosa en papelillos que tenemos que suspender por aumentarla su diarrea. Con el fin de procurarla reposo intestinal, muy necesario, continuamos su terapéutica por inyectables de biclorhidrato de quinina a la dosis de 0,50 gr. en región glútea y aún a riesgo de producirla escaras ó necrosis de orden químico. Conseguimos de este modo abatir su fiebre, encontrándola apirética al quinto día de tratamiento y conjurando al propio tiempo sus otros disturbios que nos tenían preocupados, mayormente los gastro-intestinales que la abocaban a la deshidratación y al marasmo. Así continuamos hasta los diez días, en que ya repuesta y en mejores condiciones tolera la quinina por vía oral, administrándola entonces euquinina y

Lactosa en papelillos a la dosis de treinta centigramos en tres tomas, aprovechando la oportunidad de las tetadas. Proseguimos de esta forma hasta completar un mes de curación al término del cual se completa inyectandola en dias alternos $\frac{1}{2}$ ampolla de Plasmoquina Bayer que consiente admirablemente. En total se la inyectaron cinco ampollas. Coadyuvarnos además a su restablecimiento con medicación complementaria de bismuto y tanigeno -suero Glucosado y Ringer-Pericorten (1/3 de ampolla diaria) para levantar su precario estado vascular y contribuir asimismo a un mejor aprovechamiento del azucar, vitamina C, etc.

Sus otros datos de laboratorio fueron:

13 de Agosto (Primer dia de su tratamiento)

Recuento globular.

Hematies.....3.400.000

Leucocitos.... 6.100

Hemoglobina... 75%

Valor globular..Aproximado a la unidad.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....57	}	Mielocitos...2
" eosinófilos..... 1		Juveniles.....1
" basófilos..... 0		Uyadosp.....7
Monocitos.....11		Segmentados...47
Linfocitos..... <u>31</u>		
		<u>100</u>

En el análisis del 5 de Agosto:

Recuento globular.

Hematies.....4.300.000

Leucocitos.... 7.400

Hemoglobina... 80%

Valor globular. Aproximado a la unidad.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	52	}	Mielocitos.....	0
" eosinófilos.....	2		Juveniles.....	0
" basófilos.....	0		Cayados.....	5
Linfocitos pequeños.....	32		Segmentados..	47
" grandes.....	7			
Monocitos.....	7			
	<u>100</u>			

No se encuentran células sanguíneas patológicas.

En gota gruesa un anillo de laverania.

Anisocitosis, poiquilocitosis, anisocromia, policromatorilia moderada, un macrófago pigmentífero.

Y por fin en el último análisis hematológico hallamos:

Recuento globular.

Hematies por mm³ 5.200.000

Leucocitos..... 11.000

Hemoglobina..... 90%

Valor globular..... Sensiblemente normal.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos.....	61	}	Mielocitos...	0
" eosinófilos.....	2		Juveniles....	2
" basófilos.....	0		Cayados.....	7
Monocitos.....	4		Segmentados..	52
Linfocitos grandes.....	7			
" pequeños.....	26			
	<u>100</u>			

Las formas globulares son sensiblemente normales en tamaño y pigmentación y forma.

No obstante encontramos algún que otro hematie en pesario.

En gota gruesa no hallamos rastro de parásitos.

La evolución y marcha subsiguiente en aquella primera semana de tratamiento fué como refleja la adjunta gráfica.

Por el anterior cuadro grafico se apreciaba un gradual y pronta mejoría, con la desaparición de la fiebre, de la diarrea, vómitos y el consiguiente aumento ponderado y hemoglóbínico y reducción, y por fin desaparición de su megaloesplenía, normalización del sueño, etc.

COMENTARIO PARTICULAR DE ESTE CASO.—La modificación, como en casi todos los enfermos palúdicos curados, tanto niños como adultos, virando de su fórmula leucocitaria de la mononucleosis relativa a leucocitosis y linfocitosis propia de esta edad. En este momento en que se inicia la mejoría por aprontamiento de las defensas, es precisamente cuando hacen aparición en escena las formas parasitarias de resistencia.

Este caso se presta a encasillarse como de malaria congénita por los antecedentes ostensiblemente palúdicos de su madre sobre todo por el episodio parasitario denunciado con ocasión del alumbramiento y acuse de plasmodios en placenta. El no hallarlos en cordón no invalida nuestro punto de vista, pues ya se sabe lo harto difícil de su hallazgo aún en casos densamente parasitarios.

Y claro es que tanto como esto y aún mas que esto su paludismo descubierto a los once días de nacer, porque aún cuando siempre es de sospechar en ambiente densamente anophélico una inoculación parasitaria, hemos de tener en cuenta que en esta época ha mejorado considerablemente, habiendo disminuido grandemente el número de mosquitos merced a las recientes desinsectaciones llevadas a cabo por nuestro servicio antipalúdico con Gama-exano y D.D.T.

Y por último la consideración de que habiendo manifestado su malaria a los ocho días (cuando denunciarnos el parasitismo, que fué al tercer día de hallarse enfermo), es difícil de admitir la inoculación que lleva siempre un periodo de incubación mas largo.

RAMONA BOTE ARJONA.

[illegible]**Código**

Peso

Temperatura

B I B L I O G R A F I A.

- ALESSANDRINI (M)-Sulla transmisibilità del plasmodium falciparum della madre al feto.Riv di Malariol 1.931.
- ASCOLI (V)- La Malaria-Torino 1.915.
- BARBOSA Y LOPEZ ARJONA-El paludismo en el primer año de la vida.
- BRUMPT (E)-Precis de Parasitologie.París 1.927.
- D' ALGER-Compte-Rendu du Deux-Cong Internat du Palé 1.930.
- GUASH-Paludismo-Fiebre recurrente y Kala-azar.
- JADSCHAN- Riv di Malariol 1.926.
- JASO -ARBELO Y QUINTELA- Revista de Pediatría.Enero 1.948.
- LAFONT (A) -et fulconis (H) Le paludisme congenital á la maternité.
- LIEFER (M) Paludisme congenital un cas d' infection sanguine du foetus por Pl vivax-Brull de la Soc de Path exot 1.918.
- PEREZ ARA (A)-contribución al estudio del paludismo transplacentario-Rev. de Medicina y Cirugia de la Habana 1.934.
- SWETZ (J)- Recherches sur la malaria congenitale et l'infection malarienne du placenta dans la malaria en demique de L'Afrique Centrale,Rev. di Malariol 1.934.
- VAQUERO GIL- Rev. de Sanidad e Higiene Pública,Marzo 1.949.

-----PALUDISMO Y APARATO RESPIRATORIO Y CIRCULATORIO-----

También sorprende que la malaria desencadene procesos del aparato respiratorio, aparentemente de tipo bacteriano, cuando en realidad, son directa y exclusivamente ocasionados por la noxa palúdica.-

A este respecto son harto elocuentes los siguientes casos historiados por nosotros en que una congestión pulmonar y otros de otra índole aparecen confundidos con neumonías y procesos bacilares, aun cuando lo fueran por poco tiempo, el suficiente para que su curva febril de tipo intermitente y otras manifestaciones, nos hicieran sospechar la desorientación.-

-----PALUDISMO Y APARATO RESPIRATORIO.-

-MALARIA QUE SIMULA UNA NEUMONIA-

RAMONA SANCHEZ BARRALES.- De 34 años de edad, casada, de profesión su soto,- 25 de agosto de 1.934.-

Antecedentes familiares o hereditarios.- Su padre Neurópata, falleció de apoplejía cerebral; su madre sana.- De los hermanos el más pequeño esquizofrénico.-

Antecedentes patológicos personales.- Nació a término y fué criada al pecho por su madre.- Se desarrolló, erupción dentaria, cierre de fontanelas fué normal.- A los cinco años sarampión; menarquia a los 15 años.- La menstruación un tanto escasa y dolorosa; un aborto.- En de sus partos septicemia puerperal.- Esto la originó una endocarditis y un ictus apoplético de moderada intensidad, que la originó un déficit mental, con alguna confusión de ideas.-

Enfermedad actual.- Cuando se iba, aun cuando lentamente, recuperando de su precario estado de salud y hallándose en el campo, requirió a tres compañeros Médicos y amigos míos que circunstancialmente se encontraban allí, con motivo de una alteración, al parecer alarmante y de gravedad.-

Su exploración a base de los datos que ellos me facilitaron fueron los siguientes:

Enferma con fiebre alta (40,3°) con intenso calofrío, punta de costado en

el hemitorax derecho, esputo sanguinolento, matidez en toda la base de este pulmón, con estertores crepitantes y soplo bronquial intenso, taquicardia de 130 al minuto, cianosis y gran disnea.-

Los tres, acordes, estiman el caso de neumonía base.-La formulan los recursos de aquel entonces en esta clase de procesos y la aconsejan que en su día se reintegre a su domicilio.-Esto, no obstante, al día siguiente su Médico de cabecera (uno de los que la habían examinado el día anterior) me refleja en conversación camaraderil su sorpresa por encontrarse a la enferma en la visita de aquel día afebril tratándose del segundo día de enfermedad.-También a mí me pareció raro y no en virtud de otro fundamento sino por intuición le apunté la sospecha de que pudiera tratarse de una congestión pulmonar de tipo palúdico sorprendida en pleno acceso al día anterior, con cortejo sintomático un tanto desfigurante.-Hice este supuesto habida cuenta de haber ocurrido el percance en finca en los márgenes del Tigrar (La Bobadilla) sitio de una alta densidad anofélica.-Le rogué movido e intrigado por la rareza del suceso, la tomaran la sangre y me la enviaran a mi consulta oficial del Dispensario para llevar a cabo en la misma la investigación hemoparasitaria.-Desde luego así se hizo y además me invitaron a que personalmente llevara a cabo las observaciones y estudios pertinentes que interesaran.-Agradecido a la familia y al compañero así lo hice con el siguiente resultado:

En gota gruesa y frotis teñidos con Giemsa-Leishmann anillos de Pl. falciparum. (Plasmodium falciparum).-

Exploración.- La ya apuntada que me facilitaron los Médicos que la reconocieron el primer día, que fué confirmada a posteriori por el compañero Médico de la familia.●

Los datos de laboratorio fueron:

<u>Sangre</u>	<u>---Recuento globular---</u>
Hematíes en un mm3 de sangre.....	3.700.000
Leucocitos.....	4.300
Plaquetas.....	105.000

-----Série roja-----

HHemoglobina..... 0,65 %
 VVel or globular..... Aproximado a la unidad.-
 AAmisocitosis, poiquilocitosis, policromasia, anisocromia.-
 VVelocidad de sedimentación.- Moderamente aumentado.-

IIndice de Kats = En la primera hora 22 mm; en la segunda 18 mm =

22:2 más $\frac{18}{2}$

$$\frac{22 + 18}{2} = \frac{40}{2} = 20 \text{ mm.}$$

-----Fórmula leucocitaria.-

Polinucleares neutrófilos.....	61
id. eosinófilos.....	3
Basófilos.....	2
Linfocitos pequeños.....	16
id. grandes.....	6
Monocitos.....	11
Células de Rieder.....	0
	<u>100</u>

Mielocitos = 0
 Juvenils = 4
 Rayados = 7
 Segmentados = 50

En vista de este resultado tan concluyente se la trata con quinina y plasmoguina a las dosis habituales en nuestra consulta en estos casos (un gramo diario de bisulfato de quinina durante diez días y otros gramo también diario, en días alternos durante un período de veinte días.- En total veinte gramos de quinina.- A continuación cuatro centigramos diarios de plasmoguina por espacio de cinco días seguidos, con la satisfacción de que la enferma al segundo día de tratamiento se halló apirética.- Completamos esta terapéutica con el fin de reparar los estragos hemáticos ocasionados por el plasmodio con Optaran Bayer y Ferroquina Bialeri y finalmente Arphos progresivo Robert (compuesto de nucleína, arrhenal, hierro, estricnina etc).-

Observaciones y comentarios.- Brevemente, conphneclada escueta, apuntar la rareza del caso, que a buen seguro hubiera despiestado al clínico más sagaz y experimentado, de no estar situado como nosotros en ambiente densamente malarico, en donde tantas veces hemos sido desorientados, que estamos ya verdaderamente apercibidos a desenmascarar estos procesos atípicos.-
Diagnósticos.- Congestión pulmonar netamente palúdica, por *Pl. falciparum*.

A. MORALES GOMEZ. - De 7 años de edad, natural de Jarais de la Vera (Cáceres)
16 de agosto de 1.935.-

Antecedentes familiares. - Su padre murió de T.P. a los 34 años de edad, su madre sana, es hijo único.-

Antecedentes personales. - Nació a término.- Lactancia mercenaria correcta bien vigilada por su madre.- No obstante se ha criado desmedrado y enclenque.- A los tres años sarampión del que salió sin consecuencias.- Casi siempre está amoréxico, delgado y asténico.-

Enfermedad actual. - Lo vemos en su domicilio por unas fiebres que le acometen en forma diaria, que remiten tan solo a la madrugada, si bien unos días son más altas que otros y todas ellas con calogrio.- Presenta un dolor en región costal inferior del hemitorax derecho a la altura del séptimo espacio intercostal.-

Lo exploramos y encontramos:

Tegumento externo y mucosas. - Palidez acentuada, adenopatía bien manifiesta en ambos lados del cuello, también se presenta aun cuando no tan ostensible en regiones inguinales.-

Aparato digestivo. - Anorexia, pesadez y repleción gástrica aun con pequeña comida; algunas veces vómitos apenas se excede un poquito en la mesa.- Está desnutrido.- Hígado doloroso e hipertrófico, el bazo igualmente (Bazo II de la escala de Boyd).

Aparato respiratorio. - Pleurodinia en el 7º espacio intercostal derecho; cuando no lo inhibe el dolor, taquipnea.- En base de este pulmón derecho estertores crepitantes y soplo bronquial y roce con sensación de crujido de pergamino.- Matidez que hace prolongar la hepática hasta el 5º espacio intercostal de este lado, esputo sanguinolento; tos muy pertinaz.-

Aparato circulatorio. - Taquicardia 120 pulsaciones al minuto, eretismo cardíaco.-

Locomotor. - Dolorimiento en algunas articulaciones.-

Nervioso. - La neuralgia ya descrita en el hemitorax derecho.-

Se le toma sangre en gota gruesa y frotis y no revela hematozoarios.- Se

piensa en un absceso subfrénico o en un infiltrado precoz habida cuenta del ambiente físico que tuvo antes de fallecer su padre, en su más peligrosa fase.-

Análisis de esputos.- Tinción de Ziehl - Nielsen negativa.-Linfocitosis.-

Radioscopia.- Adenopatía hilar.-

Se le hace recuento leucocitario por si estuviéramos ante un absceso subfrénico que diera cuenta de esas manifestaciones pleuropulmonares por rechazamiento de bases y nos da 6.700 en el mm3 de sangre.-El resto del recuento globular fué:

Hemáticas en un mm3 de sangre..... 3.070.000
Plaquetas..... 125.000

Serie roja

Hemoglobina..... 60%

Valor globular.- Aproximado a la unidad.-

Anisocitosis, poiquilocitosis, polieromasia.-

Prueba de Rumpel Leede negativa.-

Tiempo de sangría o hemorragia..... 9 minutos.-

id. de coagulación..... 11 id.

Velocidad de sedimentación.- Moderadamente aumentado.-

Indice de Katz ($a \text{ mas } \frac{b}{2}$) = 11. mm..

----Fórmula leucocitaria.-

Polinucleares neutrófilos..... 51
id. eosinófilos..... 2
Linfocitos pequeños..... 25
id. grandes..... 7
Monocitos..... 14
Mielocitos neutrófilos..... 1

100

Mielocitos 1
Juveniles 3
Cayados 7
Segmentados..... 40

En vista de este resultado negativo en cuanto a los dos procesos en que pensábamos como responsables de su estado y en razón de persistir las fiebres se le reitera examen hemoparasitario encontrándonos en esta segunda prueba abundantes anillos de laverania malariae.-

112

En su consecuencia instituímos tratamiento por quinina y plasmoquina a la dosis de 0,75 gramos diarios durante diez días y otros 0,75 gramos diarios por espacio de veinte días pero en días alternos.-En total quince gramos del alcaloide.-Se termina con tres centigramos diarios de plasmoquina durante cinco días seguidos.-

Observaciones y comentarios.- La sospecha de la instauración de un proceso fímico la establecimos por los antecedentes paternos y consiguientemente por el ambiente bacilar en sus primeros años, avalado por su adenopatía, linfocitosis y demás manifestaciones sintomáticas pleuropulmonares ya descritas.-

El absceso por su fiebre, dolor intenso en zona hepato-pulmonar que pudiera ser irradiado de zona más inferior y profunda y el síndrome pleuro-pulmonar consecutivo por rechazamiento hacia arriba de la base del pulmón perforado.-Ambas sospechas quedan desvirtuadas.-

Juntamente con el tratamiento específico se la ayudó para conjurar su estado caquéctico y de gran anemia con Solarson Bayer, Ferroquina Bisleri, y Lecitina Wassermann, además de alimentación rica en vitaminas.-

Le seguimos observando y comprobamos con satisfacción que no tan solo han desaparecido los accesos febriles sino que ha mejorado notablemente del resto de su sintomatología.-Únicamente le resta la adenopatía, que tratamos a base de Yodarsolo Baldaci y Ascorbical.-

En síntesis: Un ataque laveránico, que por lo irregular de la fiebre y los antecedentes tanto de ambiente donde se ha desenvuelto la infancia de nuestro enfermito, con un padre gravemente afectado de T.P. (de la cual fallece) como de sus características somáticas, espista en un primer examen y nos hace pensar ante todo en un enfermo bacilar y luego, cuando esto se desecha, por el dolor del hipocondrio derecho y matices pulmonar, a este nivel en un absceso supurativo que también rechazamos.-Lo prueba definitivamente el segundo análisis hematológico evidenciando el Pl. falso parum y la curación con la terapéutica específica antipalúdica.-

F.M.H.P.- de 27 años de edad, natural de Jaraiz (Cáceres) donde reside casado, empleado de Banca.-17 de Agosto de 1.937.-

Antecedentes familiares o hereditarios.- Nació a término.-En la infancia a los cuatro años sarampión, a los siete coqueluche.-Como reliquia de esta última infección le quedo adenopatía cervical y mediastínica que más o menos exacerbada le ha continuado de un modo crónico.-Es de tipo delgado, asténico de Hresmer.-Catarroso habitual, en el invierno pasado sufrió bronquitis febril persistente que le dejó abatido y con anorexia y palidez muy acentuada.-A partir de entonces, febrícula, palidez, cansancio, tos crónica, insomnio, sudores y ligeramente calofriado a la caída de la tarde; se fatiga fácilmente.-

Mide talla 1,700 metros y pesa 67 kilogramos.-El día 25 de mayo, hemoptisis.-

Su exploración es negativa excepto en aparato respiratorio y en sangre hallando las modificaciones corrientes que en ella imprime la infección fímica.-

Encontramos: En hemitorax derecho y en su lóbulo medio, tanto en el plano anterior como en el posterior, matidez, soplo anfrónico, con pectoriloquia áfona, aumento de vibraciones y estertores consonantes.-Bacilos copia positiva con la tinción de Ziehl-Nielsen álfuchina fomicada y decoloración al ácido nítrico y alcohol eteo) temperatura de 37,9^o a 38,5^o a la caída de la tarde, taquicardia de 94 a 100 pulsaciones al minuto.-En el resto del día subfebril con 78-80 pulsaciones, disnea y fatiga al más mínimo esfuerzo.-

---Análisis de sangre---

Velocidad de sedimentación globular muy aumentada.-Índice de Katas = 37,5 mm

-----Recuento globular---

Hematies en un mm3 de sangre.....	4.000.000
Leucocitos en un id. id.	7.500
Plaquetas.....	83.000

---;Serie roja---

Hemoglobina..... 80%

Valor globular..... 1,00

Anisocitosis, poiquilocitosis; no policromasia.-

Tiempo de sangría..... 11 minutos.

Tiempo de coagulación..... 16 id.

--Fórmula leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos..... 61

Linfocitos pequeños..... 27

id. grandes..... 7

Monocitos..... 4

Eosinófilos..... 1

100

Mielocitos.. 0

Juveniles.. 4

Gigantes..... 7

Segmentados.. 50

Radioescopia.- En campo pulmonar derecho en su lóbulo medio, imagen cavitaria del tamaño de una moneda de una peseta con moderada siembra modular.- En el diafragma acusada adenopatía hilar.- El pulmón izquierdo, al parecer, limpio. Evolución.- Se le somete a régimen de reposo, que le permite pequeños paseos por terreno seco y llano; sobrealimentación, vitaminas C y K, calcio, extractos hepáticos.-

Exámenes posteriores.- 25 de junio de 1.937.- Disminución de la expectoración con baciloscopia negativa.- Aumento de peso (70 kilogramos) mejoría en su febrícula, que tan solo muestra 37,1°-37,4° por la tarde con ligera taquicardia de 80-84 pulsaciones al minuto.- Tiene además mejor apetito, su disnea es más ligera y duerme bien.- Su tasa de hemoglobina, su recuento globular tienden a la normalidad y la velocidad de sedimentación hemática es más aliviada.-

Al mes de esta exploración se acentúa su mejoría en datos de análisis como en comportamiento biológico.-

Concuerda esta mejoría sintomática con la radioescopia que muestra una reducción ostensible de su caverna, que esperamos anular apenas regrese el fisiólogo de su veraneo al que hemos recomendado el caso para que practique el neumotorax.- La reacción ganglionar también es menor acusada.-

Confiados en su buena marcha nos sorprende el día 17 de agosto con un acoe-

so de 40,1° con estrepitoso calofrío, vómitos, temblor, gran cefalalgia y postración; bazo n° II de la escala de Boyd.-Segun nos informan dos días antes tuvo malestar y fiebre, aun cuando más moderada, que por el momento no les preocupó, achacado a disturbios digestivos a consecuencia del calor excesivo.-Como nos hallamos en ambiente de intensa endemia palúdica, tomamos gota gruesa y frotis de sangre del enfermo que teñimos con Giemsa confirmando nuestras sospechas al encontrarnos en ambas preparaciones con abundantes formas anulares de Pl. falciparum (Laverania malariae. Le sometemos a un gramo diario de bisulfato de quinina durante quince días seguidos y a continuación a cuatro centigramos diarios por espacio de cinco días seguidos.-

Desaparecen las fiebres, se recupera de estragos hepáticos, que el hematozoario le había ocasionado, se reduce la esplenomegalia, renace el apetito y poco a poco vuelve a la normalidad que facilitamos con alimentación a base de abundantes verduras, huevos, carnes tiernas, jamón, leche y sus preparados y frutas, complementada con preparados de Anemiol, Optarson, vitamina C y Verotona, con estricnina.-

En estas últimas circunstancias le remitimos al compañero Tisiólogo que lleva a cabo el pneumotorax, vigilado y continuado por espacio de siete meses, al cabo de los cuales es dado de alta, con negativización de su síndrome, tanto clínica como radiológicamente.-

Hasta la fecha, por otra parte, bien fiscalizada su laverania, no ha recidivado de ella, estimando está totalmente desarraigada.-

Observaciones y comentarios.-Es pues obvio ante este cuadro tan evidente en uno y otro aspecto la asociación de la bacillemia fímica con la parasitación palúdica, contraída cuando aquella estaba muy vencida y casi silenciada.-Si no hubiera sido por una tan palmaria y cierta demostración de su malaria tal vez en otro ambiente, el clínico se hubiera despistado y achacado a una recaída por diseminación de su infección pulmonar fímica y hubiérase creído hallarse ante un tipo de forma pseudo-malárica de 3º

116

kolocevski que también describe Neumann.-No podemos pensar que la imagen cavitaria, como todo el cortejo sindrónico acusado por el enfermo anteriormente descrito fuera por otra parte, una forma respiratoria del paludismo por las siguientes consideraciones: 1ª Por no haber padecido paludismo anteriormente, 2ª Por haberse incubado el proceso en plena temporada invernal (nos estamos refiriendo al proceso tuberculoso pulmonar) época en que apenas existe anophelismo, concretándose éste a las hembras invernantes refugiadas en cuádras, bodegas, cochiqueras etc, de donde salen al ambiente exterior hasta que no se eleva la temperatura 3ª por la evidencial bacilo de Koch mostrado en las preparaciones efectuadas con los esputos del paciente teñidos con el colorante y método de Ziehl-Nielsen. Aparte de las respiratorias del paludismo que se describen habitualmente son del tipo infiltrativo atelectásico o de pleuitis hemorrágica y serosa (Kraev, Padoan, Cousseri, Zimine).

Es pues congruente que no hallamos ante un enfermo de M.P. afectado de imprevisto con fiebres de tipo netamente palúdicas, confirmadas por hematoscopia y curadas con terapéutica específica antimalárica.-No son incompatibles pues el bacilo de Koch el hematozoario en un mismo enfermo y esto siempre habrá de tenerse presente, sobre todo en ambiente densamente palúdico.-

BIBLIOGRAFIA especial de este capítulo.- Martinez (F A) Algunas consideraciones sobre las congestiones pulmonares de causa palúdica.-

Estima que en algunos casos, desde luego muy raros, se determina un proceso congestivo por embolia parasitaria y aun de pigmento malarico, restos de hemáticos etc, conjugado por las fiebres y las reacciones de los nervios vaso-motores.-

Otros autores, sobre todo de la Escuela Italiana, Bignami, Ascoli, Marchia, Fava etc creen en una neumococia que discurre en terreno abonado por la debilidad orgánica, causada por el hematozoario.-

-----Circulatorio . MALARIA Y CARDIOPATIAS.-----

Es igualmente llamativo el que el plasmodio ~~haya~~ determine lesiones ó al menos origine disturbios funcionales en el área cardíaca .

Al menos los casos estudiados por nosotros y reflejados en las historias clínicas siguientes lo dejan entrever .

Efecto de la malaria sobre el corazón .-----

La literatura médica , en especial aquella de Francia, Italia y América Hispánica , cita frecuentemente injurias del aparato cardio-vascular determinadas por malaria . Daveron , Durosier , Castellani, Mussette (este último atribuyó el signo que lleva su nombre á la mortitis malarica) citan lesiones valvulares y trastornos miocárdicos . Algunos autores modernos han descrito alteraciones electro-cardiográficas determinadas por el paludismo . Howard B. Sprague que ha sido Jefe de Medicina en el Hospital móvil naval de Nueva Zelanda y luego de un Hospital naval Continental y que ha podido observar cientos de casos de paludismo , muchos de ellos desde el primer día hasta la fecha de tres años más tarde , dice que no ha encontrado ninguna enfermedad malarica del corazón .

No en los casos más graves de malaria que fueron vistos en la Marina de Guadalcanal , ni siquiera en tres pacientes muertos con malaria cerebral no se encontró lesión cardíaca específica en la autopsia .

Sin embargo á pesar de las negativas de este autor , describe un caso de uno de los pacientes afectados de paludismo que presentó un bloqueo auriculo-ventricular , con fibrilación y que durante la terapéutica por quinina intravenosa se recuperó completamente . En este caso cabe la duda de si la fibrilación cesó por estar curada su afección palúdica ó por la acción de la quinina y su derivado la quinidina , pero ? y el bloqueo).

En dos mil casos de reingresos por recaídas no se descubrió alteración cardíaca que pudiera ser atribuida á la malaria como enfermedad específica . La anemia secundaria puede explicar el síndrome de corazón irritable , taquicardia y extrasístoles que á veces se observaron .

Sin embargo los síndromes cerebrales han sido aquí relativamente frecuentes . No obstante nosotros , dentro del marco del escaso número de observaciones registradas á este respecto , creemos que la malaria puede ser en determinadas condiciones causa eficiente de lesiones y alteraciones funcionales del corazón , á juzgar por el hecho que en algunos casos parece haberse establecido en relación de causa á efecto , dando realidad al aforismo " post hoc -

ergo propter hoc (después de esto , luego por esto) ó al equivalente del determinismo " posita causa , ponitur effectus " .? Porque además no admitir que al igual que el treponema muerde la íntima de los vasos , sobre todo de la aorta , el parásito palúdico no puede también provocar alteraciones endoteliales y aún miocárdicas semejantes /?.

OBJULIA GOMEZ CIRUJANO. - , 50 años de edad , viuda, su sexo ; sin hijos .

Antecedentes familiares ó hereditarios .- Su padre cardiópata , ya fallecido ; su madre vive en buen estado de salud á pesar de su avanzada edad,

Antecedentes patológicos personales . Nació á término siendo su lactancia materna normal , así como su ulterior desarrollo en peso y talla. Su cierre de fontanelas y erupción dentaria á su debido tiempo. Sarampión á los tres años y varicela á los siete . De ninguno de ellos experimentó alteración alguna . Menarquia á los 15 años . Sus menstruaciones un tanto irregulares en el ^{sentido} ~~modo~~ de escases y con doloramiento de fosas lumbos-iliacas durante las mismas . Frecuentemente jaqueca y distonias neurovegetativas .

Enfermedad actual.- Recurre al Dispensario por primera vez á consecuencia de fiebres de tipo alterno , con gran calorío , castañeteo de dientes , temblor y abundante sudoración final. Queda muy quebrantada y abatida . Pálidas acentuadas , anorexia y desnutrición .

Se le toma sangre en gota gruesa y frotis y á su examen se diagnostica de infección por *Pl. vivax* (esquizontes) .

Se la trata con quinina á la dosis de un gramo diario durante veinte días seguidos y otro gramo diario en días alternos por espacio de otros veinte días más (en total treinta gramos del alcaloide) . Se le añade Phosphorarnheal con Hierro por vía parenteral y á continuación Hemostyl "per os" y se le recomienda régimen alimenticio abundante en verduras y frutas frescas.

Desaparecen sus fiebres y mejora del resto de su sintomatología . Al año siguiente el 7 de Marzo de 1951 vuelven las fiebres con análogas muestras que el año anterior. Se encuentra muy desmejorada , con pálides intensa , demitrida y á veces con mareos. Se cansa al subir pendientes y algunas tardes la cargan los pies .

Volvemos á repetir su examen hemoparasitario y nuevamente hallamos parásito de *Pl. vivax* (formas ameboides ó adultas y algún que otro gametocite) .

Se repite el tratamiento , semejante al anterior , con los aditamentos hemopéticos y tónicos derigor .

Su exploración nos facilita los siguientes datos :

Piel y mucosas. - Palides acentuada .

Aparato respiratorio. - Taquipnea por ~~anemia~~ ~~anoxemia~~ anoxemia correspondiente a su anemia. (hiperventilación por el CO₂ existiendo el núcleo vagal del bulbo en el suelo del 4º ventrículo). Tal vez por su insuficiencia circulatoria.

Aparato circulatorio. - Taquicardia , soplo diastólico en aorta , danza de carótidas , alguna que otra tarde edemas maleolares que ceden con el reposo nocturno; mareos. Hipertrofia cardíaca concéntrica . Matideces superficial y profunda agrandadas . En unapalabrainficiencia aórtica bien compensada .

Aparato digestivo . - Anorexia , replección gástrica aún con pequeñas comidas estreñimiento pertinaz , Hígado y bazo hipertrofiados (este último con número II de la clasificación de Boyd .)

Locomotor . - Astenia y agotamiento muscular.

Génito -urinario. Polaquiuria , hipostenuria ; á veces ligeros indicios de albúmina en orina.

Sistema nervioso . - Excitabilidad , insomnio y el escaso sueño perturbado por visiones terroríficas.

Datos de laboratorio. -

Sangre . -

Recuento globular . -

Hemáties en un mm ³ de sangre	3.400.000.
Leucocitos " " " "	4.300.
Plaquetas " " " "	87.000.

Fórmula Leucocitaria. -

Polinucleares neutrófilos.....	57	Mielocitos. 0 Juveniles 3 Cayados 17 Segmentados 37
" eosinófilos	2	
" basófilos.....	0	
Células de Rieder.....	0	
Linfocitos pequeños	25	
" grandes	7	
Monocitos.....	9	
	<u>100</u>	

--Serie Roja .--

Hemoglobina 65 %

Valor globular..... Aproximado a la unidad.

Tiempo de sangría ó hemorragia 7 minutos .

" de coagulación 9 "

Velocidad de sedimentación , moderadamente aumentada . Índice de Kats = 17mm

Anisocitosis , poiquilocitosis anisocromia ; no policromasia.

A la vista de su cardiopatía, la ponemos tratamiento con régimen vegetariano, frutas, carnes blancas, pescados blancos, reducción de líquidos, reposo, digital, estrofiante (Verogigene, Onabaine, etc) hipotensores, (acetil colina, pacyl, vasil con papaverina etc).

Se encuentra mejorada con una compensación que la permite una vida de - relativa actividad a pesar de haber transcurrido veinte años.

Observaciones y comentarios. 1ª La relativa frecuencia de las recidivas palúdicas que habianse sometido en su prima -infección por quinina. 2ª -La aparición de la alteración cardíaca y arterial en el interregno - que media entre los dos ataques de malaria, esto es en el periodo de - latencia ó silencio palúdico. Este ¿que quiere decir? ¿ que se trata de una aortitis genuinamente palúdica? .Aún cuando parezca atrevido pudiera interpretarse así habida cuenta de la ausencia de lues (negatividad del Wassermann, Citochei, Kahn, Meinique etc)() y de reumatismo (no se registra sepsis dentaria, ni amigdalitis etc ni dolores articulares que pudieran estimarlo así).

Nosotros nos inclinamos a considerarlo como de ateroma aórtico en latencia y puesto de relieve por la infección malaríca. No obstante preguntamos ¿El ateroma pudo a su vez ser engendrado exclusivamente por el hematoma aórtico? .

No nos atrevemos a pronunciarnos decididamente por falta de experiencia bastante para consolidar y fundamentar una orientación y criterio. Desde luego el tema es sugestivo y procuraremos interesarnos en su estudio.

VICENTA RODRIGUEZ GARCIA .- De 61 años de edad m, casada , dedicada á las ocupaciones propias de su sexo ; tres hijos . Natural de Jarama de la Vera (Cáceres)- 4 de Septiembre de 1941.-

Antecedentes familiares ó hereditarios .- padre alcohólico , madre sana (ambos fallecieron); tres hermanos sanos y fuertes .

Antecedentes patológicos personales.- Eúgenesia y lactancia maternal correcta , con desarrollo en peso y estatura corriente para su edad . Las fontanelas se cierran un poco tardíamente y la erupción dentaria fué un tanto retrasada . Sarampión á los cuatro años ; escarlatina á los siete . De ambas infecciones sale indemne . Menarquia á los catorce años y medio ; sus menstruaciones un tanto escasas . Un aborto . Tres partos normales , así como sus respectivos puerperios .

Enfermedad actual .- Viene á nuestra consulta oficial del Dispensario por vez primera el 4 de Septiembre de 1941 por unas calenturas que se iniciaron con intenso calofrío , temblor y abundante sudoración .

Se lleva á cabo la investigación parasitaria en gota gruesa y frotis denunciando el examen microscópico anillos de *Pl. falciparum* en gran cantidad .

Se le prescribe clisulfato de quinina á la dosis de un gramo diario durante diez días y otro gramo diario en días alternos durante veinte días más (en total veinte gramos) seguidos de cuatro centigramos diarios durante cinco días .

Se la completa su curación con glicerofosfatos de cal é hierro . Phosphoarrhen y Solarsón Bayer . Se le recomienda vida de campo , reposo y régimen alimenticio en el que no escaseen las verduras y frutas frescas ,

Desaparecen las fiebres y mejora de su estado consuntivo .

Vuelve á repetirse el cuadro morboso el 17 de Abril de 1942 en que nuevamente nos visita en nuestra consulta dispensarial . Viene muy fatigada , pálida y con emaciación muy ostensible . Las fiebres son ahora de tipo irregular - pero con gran calofrío , temblor y nerviosidad . Dificultad al subir pendientes y algunos días edemas maleolares que remiten durante el desmayo nocturno . La hematoscopia nos muestra algunas semilunas . Con este hallazgo nos damos cuenta de que su tratamiento de la primo-infección quedó incompleto , no tomó la plasmoguina que se le había recomendado .

Esta vez hacemos hincapié en que se lleve á cabo de un modo completo , - vigilando las tomas de la plasmoguina .

Exploración : Piel y mucosas . - Palidez:

Aparato respiratorio.- Dificultad de esfuerzo ; algún estertor y crepitancias en bases pulmonares .

Aparato digestivo.- Anorexia , replección gástrica y pesades aún con las pequeñas comidas .Hígado ligeramente aumentado .Bazo nº II de Boyd.

Aparato circulatorio.- Taquicardia ; timbre metálico y resurro del segundo tono aórtico .Hipertrofia cardiaca cuya área se haya agrandada ,tante en la matidez superficial como en la profunda .Mareos .Edemas discretos en maleolos (estado hiposistólico).

Tensiones arteriales ; Máxima17 mm ; Mínima7mm.

Génito -urinario.- Polaquiuria , hipostenuria .

Locomotor .- Gran astenia muscular.

Sistema nervioso .- Excitabilidad , insomnios , y ensueños con pesadillas.

Sus datos de laboratorio. Fueron ;

Orina - Ligeros indicios de albúmina.

Sangre.-

-----Recuento globular. -----

Hematies en un mm³ de sangre 2.900.000.

Leucocitos " " " " "4.700.

Plaquetas " " " " "74.000.

-----Serie roja.-----

Hemoglobina.....55 %

Valor globular .Aproximado á la unidad.

Poikilocitosis , anisocitosis , anisocromia ; no policromasia.

Tiempo de sangría ó hemorragia9 minutos .

" de coagulación.....11 "

Velocidad de sedimentación .Ligeramente aumentada .

Reacciones serológicas de sífilis , Wassermann y complementarias, negativa

-----Fórmula Leucocitaria.-----

Polinucleares neutrófilos	67	} Mielocitos. 1 Juveniles . 4 Cayados... .20 Segmentados 42
" eosinófilos	I	
" basófilos.....	I	
Linfocitos pequeños	17	
" grandes	4	
Monocitos	9	
Células de Rieder.....	I	

100

Al percataarnos de su cardiopatía recomendamos reposo , régimen lacte-vegetariano , con relativa reducción de líquidos , frutas, carnes blancas , pescados blancos , algún huevo , mermeladas etc .Como medicación en el periodo de hiposistolia , con edemas , ahogos etc Verodigene , Ouabaine , escilarina , eufilina etc. También yoduros , acetil colina , anérdago etc como hipotensores.

Observaciones y comentario.- 1ª Recidiva laveránica por no haberse sometido a la medicación plasmquinica en su primo-infección.

2ª- Una aortitis de posible origen ateromatoso (ausencia al ~~aparecer~~ al -- parecer de lues, reumatismo y sepsis de otra índole etc) que estalla con la correspondiente insuficiencia cardíaca, en el interregno de los dos ataques de malaria.

Nuevamente podemos interrogar ¿la malaria es por sí sola causa bastante a desencadenar una aortitis u otra lesión cardíaca o arterial? ¿O es que el paludismo se concreta a coadyuvar o poner de manifiesto un ateroma que estaba latente y silenciado?. No nos atrevemos a pronunciarnos de un modo rotundo. Ahora bien el hecho cierto es que el síndrome cardio-aórtico apareció en el intervalo de latencia palúdica.

E.H. D. De 56 años de edad, casada, natural de Calvarrasa (Salamanca)
residente en Jarais de la Vera (Cáceres).-- 17 de Junio de 1943.

Antecedentes familiares ó hereditarios .- Eugenesia, lactancia materna, bien llevada. Su desarrollo estatural y ponderal acondicionados á su edad. Cierre de fontanelas y erupción dentaria correctos. Sarampión á los cuatro años; varicela á los siete. Gastro-enteritis á los 13 años, sin que de ningún modo ellos haya quedado residuo patológico. Menarquia á los 15 años. Sus menstruos normales en cantidad, duración y periodicidad. Siete partos, todos exitosos así como sus respectivos puerperios normales. No abortos.

Enfermedad actual.- Viene por primera vez á nuestro servicio antipalúdico el 17 de Junio de 1943 con motivo de unas calenturas en forma intermitentes y más adelante cotidianas con frío intenso, temblor y agitación neuromuscular y gran sudoración. Muestra palidez acentuada, cansancio, anorexia y desnutrición. Se investiga en gets gruesos frotis de su sangre, previa tinción Giemsa y hallamos múltiples formas anulares de *Laverania malariae*. En razón de ello se le prescribe tratamiento á base de un gramo diario de bisulfato de quinina durante diez días y otro gramo diario, del mismo preparado, en días alternos por espacio de veinte días más. (En total veinte gramos) y á continuación cuatro centigramos de plasmuquina durante cinco días seguidos. Se la completa su terapéutica con régimen alimenticio abundante en verduras y frutas frescas y además tónicos y antianémicos, que nos ayuden á restaurar su normalidad.

Desaparecen sus fiebres y mejora de su estado general.

Al año siguiente el 14 de Marzo nuevamente reclama nuestra asistencia dispensarial por habersela reproducido sus calenturas y achaques parecidos al año anterior.

Comprobamos en otra hematoscopia seriadas, lo que nos indica en que ó no tomó la plasmuquina prescrita en su primer ataque laveránico ó no la absorbió ó fué ineficaz (la enferma nos dice que si tomó la medicación como nos sobre la formulamos.) .

Esta vez reiteramos idéntico tratamiento, pero vigilamos personalmente su marcha asegurándonos que efectivamente lo hace correctamente, insistimos igualmente en su medicación tónica y hemopoyética.

Mejora, pero no en el grado que esperábamos, pues á pesar de haber desaparecido sus fiebres sigue con sus molestias con un cuadro de astenia, extremado cansancio al subir pendientes, mareos y ligeros edemas maleolares vespertino que desaparecen con el reposo del lecho. Avisa cefalalgia intensa y frecuen

Se la explora con el siguiente resultado:

Piel y mucosas. -Palidez acentuada.

Aparato respiratorio.- Dificultad por anoxemia sistémica.

Aparato digestivo.- Anorexia, pesadez gástrica con replección aún con las pequeñas comidas; con frecuencia estado nauseoso.

Aparato circulatorio.- Taquicardia de 100 a 110 pulsaciones al minuto. Refuerzo y timbre metálico muy acusado del 2º tono aórtico. Hipertrofia cardíaca denunciada por el latido excentrico de la punta, que lo hace en el sexto espacio intercostal y por fuera de la línea mamilar y por el gran área de matidez cardíaca tanto superficial como profunda. Danza de carótidas que se muestran pulsátiles; lipotimias frecuentes. Edemas maleolares vespertinos, que ceden al descanso. Tensiones arteriales. Máxima 17 mm; mínima 7mm.

Aparato locomotor.- Astenia profunda y rápido agotamiento á la marcha.

Sistema nervioso. Ensueños y pesadillas; á temporadas gran insomnio.

Algunas neuralgias.

Génito-Urinario.- Ligeros indicios de albúmina.

Datos de laboratorio. Sangre.

----- Recuento globular. -----

Hematies en un mm ³ de sangre.....	2.900.000.
Leucocitos " " " " "	4.000.
Plaquetas	74.000.

----- Serie roja. -----

Hemoglobina0,60

Valor globularAproximado á la unidad.

Anisocitosis, poiquilocitosis, policromasia, anisocromia.

Tiempo de sangría7 minutos.

" de coagulación 8,5 "

Velocidad de sedimentación .Ligeramente aumentado .Indice de Kats $\frac{a}{2}$ más $\frac{b}{2}$

- II mm.

----- Fórmula leucocitaria. -----

Polinucleares neutrófilos	61	Mielocitos .@ 2
" eosinófilos.....	1	Juveniles . 4
Linfocitos pequeños.....	18	Cayados..... 7
" grandes	4	Segmentados ..48
Monocitos	16	

100

No se ven células de Rieder.

A la vista de este resultado exploratorio ,con manifiesta insuficiencia -
cardiaca de tipo aórtico ,añadimos como medicación fundamental de este esta-
do ,verodigene ,alternando con ouabaine ,mlokombin con suero gineosado;-
acetil colina como hipotensor ,reposo y régimen lactovegetariano con peque-
ñas cantidades de carnes y pescados blancos ,mermeladas ,verduras y frutas
La enferma mejora y parece ser que mantiene su relativo buen estado á través
del tiempo.

Observaciones y comentario.- Idénticos puntos de vista que los ya mant-
nidos en los similares enfermos anteriormente estudiados .Una insuficiencia
aórtica ,por ateroma (ante la negatividad clínica y serológica de sífilis ,
reuma ,septicemias etc). tal vez ocasionada por el plasmodio ó al menos -
despertada por él .

- PALUDISMO Y SECRECIONES INTERNAS.-

Algunos casos de INSUFICIENCIA SUPRARRENAL EN ENFERMOS DE MALARIA.-

La malaria como causa del Addison ha sido invocada por Paglione , Damirag y otros varios , y singularmente por Fraga del Brasil.

A nuestro juicio no andan unos y otros descaminados , por cuanto nuestras observaciones concuerdan con las suyas , así nuestras indagaciones y pesquisas han recogido multitud de casos de forma leve y algunos de los graves .

Lo que cabría discriminar , como muy atinadamente hace constar el Profesor MARAÑÓN , es cuales de los casos son los perturbados , mejor dicho desencadenados por la noxa plasmódica y á cuales cabría atribuir á las medicaciones antipalúdicas . Esto es , que enfermos lo fueron por intoxicaciones y quienes por el parásito.

Claro es que habitualmente recaen las lesiones en sujetos por lo general asténicos , y muchos de ellos fímicos latentes que se reactivan en su afección bacilar, agravando un hiposuprarrenalismo silenciado.

Hemos escogido tan sólo unos cuantos ejemplares , seguramente los más llamativos por su sintomatología , pero que en ningún modo han sido los únicos registrados y que puedan catalogarse en este apartado , sino , antes por el contrario , son muchos los pertenecientes á este sector , similares en un todo á lo aquí reseñados.

Únicamente el que la repetición no fuera enojosa por su abundancia y uniformidad , sin diferenciaciones interesantes , han cohibido y frenado nuestra apatencia en sumarlos. Con esto queremos significar que los casos que se producen en este orden son harto frecuentes para que tanto el paludólogo como el clínico puedan desdeñarlos.

Una última observación hemos de hacer , en afán de ser sinceros y que va en detrimento del trabajo y es que falta en ellos , bien se echa de ver en un examen superficial los atributos de una detenida y responsable información técnica de un acabado estudio clínico , faltando , bien se advierte enseguida el metabolismo basal , curvas de glucemia , tasa de adrenalina en sangre etc. imprescindibles requisitos en la apreciación matizada del disturbio endocrino de estos pacientes , en los que tan sólo hemos llevado á cabo la investigación hemoparasitaria , recuento globular , fórmula leucocitaria , tasa de hemoglobina toma de tensiones arteriales , y registro de pigmentaciones anómalas además de historial clínico con el examen físico y funcional elemental y de rigor en todo enfermo , para concluir en firme un diagnóstico más rigurosamente

científico de estos casos apuntados .

Sería de normal exigencia la investigación completa del complejo síndrome hiposuprarrenal y además de la astenia ó hipotensión denunciada y en algún que otro enfermo la melanodermia de más ó menos relieve , haber estudiado los trastornos del metabolismo (proteico , azucarado y de grasas) que informan precisamente la fatiga muscular y sobre todo el metabolismo hidrosalino ó mineral con las cifras de sodemia y potasemia , aquella en deficit , ésta última en superavit , en el enfermo addisoniano , en comparación con el sujeto normal .

Y ampliando el cuadro , tener en cuenta asimismo las cifras de colesteroemia y azufre (glutatión) en el paciente hiposuprarrenal.

Además de la estampa clínica de anorexia , hipodipsia ó adipsia , dispepsia , hipo , adelgazamiento , anemia hipocrómica , linfocitosis y mononucleosis relativa (relacionadas con un parecido estado timo-linfático) y los frecuentes trastornos nerviosos de neurastenia , insomnio ó somnolencia , parestesias , vértigos , síncope etc con acompañamiento bastante frecuente de frigidez ó impotencia sexual.

Y si cabe completar la exploración , con el estudio de viscosidad sanguínea como derivado de una hemoconcentración y el aumento de la velocidad de sedimentación globular.

Todo ello relacionado con la imagen clínica que ofrecían nuestros enfermos de fragilidad vital , con un estado de marasmo y cansancio neuro-muscular , insensibles al frío , al dolor y á los disgustos , en verdadero desequilibrio emocional , prestos á dejarse impresionar y abatir por las más mínimas contrariedades y avatares de la vida.

Nuestras pesquisas no dejan de constituir una sospecha relativamente lógica si se quiere , en razón del deficit vital acusado , por la subtensión arterial , con su anejo circulatorio de la taquicardia , la astenia y fatiga muscular , el adelgazamiento y la pigmentación más ó menos diferenciada y concreta de aquel color terroso , que suelen mostrar muchos palúdicos , pero inconfundible en el más puro rigor científico .

INSUFICIENCIAS SUPRARRENALES LEVES.— Los casos típicos del Addison son extremadamente raros , determinando la insuficiencia suprarrenal crónica mortal caracterizada por una destrucción total y progresiva de la cápsula suprarrenales.

En cambio de esta rareza , son extraordinariamente frecuentes , aunque ignoradas muchas veces , la aparición de cuadros , que sin llegar á integrar y completar el Addison , están caracterizados por una hipofunción córtico-suprarrenal y más ampliamente hipofiso-suprarrenal. Son los addisonianos ó hipo -

suprarrenales frustrados que MARAÑÓN prefiere denominar "formas no Addisonianas de la insuficiencia suprarrenal, sin síntomas pigmentarios." Goldziener las califica de hipoadrenias benignas. Las amplía á otras formas pigmentarias á condición de que no se manifiesten en sucesos y establece - como diferencia con el Addison, no sólo la ausencia de algunos síntomas especiales, sino que su curso no es progresivo y no llega al "exitus" que según él caracteriza incluso á las formas latentes é incompletas del Addison verdadero.

Las causas de esta hipofunción córtice suprarrenal son múltiples y sencillamente pueden agruparse en los dos grandes grupos: a) Lesión primaria de las adrenales por los agentes externos ó internos; b) Hipoadrenias constitucionales que pueden ser ^{no} agravadas por influjos ambientales.

En el primer grupo figuran como más importantes las intoxicaciones, los errores dietéticos, sobrecargas físicas ó psíquicas que actúan ya directamente sobre las suprarrenales ó ya á través de otros órganos (hipotalámico, hipofisis, tiroides etc.).

Entre las que actúan directamente sobre las suprarrenales en primer término no las adrenalitis, tanto agudas como crónicas específicas (tuberculosis, sífilis, micosis, parasitosis) ó inespecíficas: difteria, viruela, meningitis epidémica, neumonía, tifoides, tífus exantemático, escarlatina, paludismo etc. que reproducen lesiones ó disfunciones sin llegar á la total destrucción ó la progresiva que presta fisonomía al Addison, pero que - no obstante, como consecuencia, dejan, durante un tiempo, más ó menos grande, un estado lévil ó hipofuncional de la glándula.

Aparte de las afecciones que producen insuficiencias agudas, á veces mortales, como la difteria, meningitis epidémica, en general todas las afecciones y enfermedades prolongadas que lesionan ó al menos sobrecargan al córtex suprarrenal ocasionando su insuficiencia funcional ó poniendo de relieve un estado constitucionalmente lévil y débil de las suprarrenales. Así suele ocurrir con el tífus exantemático y nosotros por nuestra parte, hemos constatado en numerosos casos de malaria crónica. Estos casos se denuncian por un estado de astenia ó hipotensión, unidas al síndrome diséptico, caracterizado por hipersensibilidad acentuada á la insulina, anomalías en la reacción hiperglucémica post-adrenalínica y alteraciones en el equilibrio mineral.

También en opinión de Goldziener, la gripe, mal convalecida, con anorexia, hipotensión, hipoglucemia. Indicios de una función adrenal disminuida.

Lo mismo se puede decir de las acciones tóxicas por varias sustancias

químicas ó medicamentos (plomo, arsénico, alcohol, nicotina, sustancias radiactivas, cloroforme etc.) por la reabsorción continua de sustancias bacterianas (toxinas) ó productos de desintegración proteica, que sin duda, al principio estimulan pero que á larga fatigan las glándulas adrenales.

El factor nutritivo juega también su papel. En primer lugar se pone de relieve el factor influencia del déficit de vitamina C que provoca una atrofia de intensidad proporcional al grado de carencia. Igual se puede decir de los déficits en vitaminas A, X, PP, riboflavina y ácido pantoténico, que aportan — tanto á la estructura, como á la función de las suprarrenales.

por otra parte, una dieta demasiado rica en potasio, especialmente si no está compensada por suficientes cantidades de sales de sodio, sobrecarga á la corteza adrenal, limitando su función.

Y por último pueden abecar á déficit funcional suprarrenal, las sobrecargas físicas (exposición continuada al frío, las quemaduras, electroshock, rayos X, onda corta, bajas presiones atmosféricas, grandes ó repetidas transpiraciones esfuerzos físicos intensos y prolongados etc.

FISIOLÓGICAS.— Como en el embarazo y en las toxemias muchas de las cuales ceden rápidamente mediante la administración de DOCA y vitamina C.

Muchos autores concuerdan que los vómitos de la primera mitad del embarazo y otras molestias de este periodo, son originadas por una insuficiencia córtico-suprarrenal relativa, por tener que utilizar el organismo en estas condiciones muchos de los cuerpos esteroideos y grandes dosis de vitamina C para la formación de progesterona. Todo ello cesa cuando las suprarrenales del feto compensan las deficiencias maternas; esto es hacia el cuarto mes de la gravidez.

PSÍQUICAS.— Emociones violentas, disgustos y conflictos morales no resueltos etc. Ya con su certera visión lo había señalado magistralmente el Profesor MARAÑÓN en su lección inaugural del curso de divulgación de Endocrinología — celebrada en Lisboa el 3 de Abril de 1.950 "El sufrimiento ó con más exactitud el mal trato de la vida, que pueda ser un padecer físico, orgánico ó lo más frecuente, una conjugación de ambos, el espiritual y el físico, es la etiología que invariablemente aparece en la historia de la mayoría de nuestros enfermos. Entre las causas que actúan directamente sobre las suprarrenales figuran ciertas lesiones del sistema nervioso central, que producen atrofia, más ó menos aparentes de la cápsula suprarrenal y especialmente las que asientan sobre el hipotálamo, como ocurre en algunos trastornos craneales (Vvenes), encefalopatías (Vveller), esquizofrenias (Bishton). Igualmente pueden ocasionarlas determinadas lesiones del sistema nervioso periférico como compresiones

iones del epifisiario ,por tumores ,aneurismas etc .

Todas las glándulas de secreción interna pueden determinar alteraciones de las suprarrenales ,bien directamente ó á través del sistema hipotálamo -hipofisario .La hipofisis tiene una importancia primordial ,ya que el tráfico y poder regenerativo de las suprarrenales depende en gran parte de la adecuada producción de adenotropinas ;de ahí que los individuos con signos de hipopituitarismo sean más aptos para desarrollar hipoadrenia .Lo mismo puede decirse del tiroides ,cuya hormona está tan íntimamente relacionada con el tejido feocromo ,del que es un estímulo fisiológico (Goldzieher) .

También finalmente ,influyen ó pueden influir tumores ,inflamaciones de órganos vecinos ,ciertas intoxicaciones como la uremia etc.

El segundo grupo lo constituye la hipoadrenia constitucional deprimordial importancia .Se ha señalado un estado tímico-linfático en la enfermedad de Addison ,pero el Profesor MARAÑÓN dice á este respecto " Más que el estado tímico-linfático lo fundamental es la constitución hipoplásica-asténica para señalando como características de ella la siguiente fórmula endocrina : 1ª Hipofisi débil ; 2ª Tiroides enérgico ; 3ª Suprarrenal débil y 4ª Sistema genital muy femenino en la mujer y con tendencias masculinas en el varón . " Y añade ; " puesto que en la constitución hipoplásica asténica hay un factor constante de hipoplasia suprarrenal constitucionalmente débiles funcionan deficientemente en los momentos que se les exige una máxima energía de esta función y que además son especialmente vulnerables y se dejan destruir por procesos degenerativos ó infecciones (sobre todo la tuberculosis) originando la enfermedad addisoniana . " Y termina " Parados por el maltrato de una constitución hipoplásica asténica muy marcada de la variedad atónica ,con ó sin signos de estado linfático ,es buen indicio en unión de lo demás para sospechar de una insuficiencia suprarrenal inicial " .

En la sintomatología ,un tanto variada ,destaca la astenia ,laxitud ó adina nia ,típica de origen muscular y cuyas características según MARAÑÓN son ; vespertina ,influenciable por el ejercicio sexual y que se alivia con la medicación suprarrenal y con el tratamiento salino ,diferenciándose de la neurasténica ó mejor psíquica ,en que ésta se presenta por las mañanas al levantarse y vadesapareciendo en el curso del día ;por otra parte no cede á la IDCA si con el cambio de ambiente ó solución de los problemas emotivos .

Más importancia diagnóstica ,aunque llame menos la atención del enfermo es la hipotensión .Según GOLDZIEHER ,no puede sostenerse el diagnóstico de adrenia benigna en ausencia de este síntoma . La presión sistólica suele estar por debajo de 100 mm de mercurio y la diastólica ,mantiene una tensión

de pulso que rara vez excede de 30 mm .

También son significativas las alteraciones del metabolismo hidrecarbonado , caracterizadas esencialmente , al igual que en el Addison , por gran tolerancia á la sobrecarga de glucosa á laque reacciona con hipoglucemia aún con dosis mínimas .

El metabolismo hidroalico está también alterado , acusando menor tolerancia á la sobrecarga de potasio y niveles bajos de cloro y sodio en sangre , es bien pueden ser ligeros ó con modificación grave del pase de los electrolitos por el intestino y riñón y variaciones bruscas de peso. Es muy característico el adelgazamiento rebelde , aunque puede haber hipoadrenia en personas moderadamente obesas (Goldmeier) . Este trastorno hidrosalina ocasionado por la insuficiencia suprarrenal es para Goldmeier , Menchacay otros el responsable del denominado por Finkelstein en Patología infantil "hidrolabilidad " .

Otros síntomas que pueden acusar estos enfermos son : irritabilidad anormal del sistema nervioso vegetativo , especialmente trastornos vasomotores que pueden ocasionar cuadros aparentemente alérgicos .

Se provocan mediante la prueba del demografía , del que la variedad blanca de la línea blanca de Sargent , que aunque impropia , es patognómica de la insuficiencia suprarrenal para los Médicos franceses .

Molestias gastro-intestinales (anorexia , crisis dolorosas intestinales , diarreas , alternando con estreñimiento , náuseas , vómitos etc) y trastornos sexuales (amenorrea , esterilidad astringida , hipogalactia , impotencia etc) que como señala el Profesor MARAÑÓN aunque inespecíficos , deben inducirnos á la sospecha de insuficiencia suprarrenal en los individuos asténicos .

Finalmente puede haber según Goldmeier , en casos por otra parte ligeros , pigmentación de la piel con ausencia completa de pigmentación de mucosas . En general estos enfermos se ponen , con gran facilidad bronceados bajo la acción del sol .

El enfermo hipoadrénico está pobremente dotado para soportar cargas físicas ó morales , no tolera bien las condiciones climáticas adversas , el excesivo calor ó humedad le perjudican extraordinariamente porque es incapaz de luchar la pérdida de agua y sal y finalmente tiene mucha menos resistencia frente á las infecciones y en especial las del tracto respiratorio .

En cuanto al tratamiento de estos estados patológicos según el Dr MARAÑÓN sería : En cuanto se sospeche , dice él , el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal , debe instituirse el tratamiento correspondiente , consistente en alimentación rica en hidratos de carbono y grasas y sobria en proteínas , pobre en potasio , con mucho agua de frutas , reposo racional , opoterapia cortical , inyección de adrenalina (corticina , percoorten etc) sal común abundante y eva

tualmente preparados de vitamina c.

Es pues una realidad clinica las disfunciones y aún nos atreveríamos a afirmar las lesiones glandulares que en el tejido noble ocasiona y da cuenta de los disturbios hemáticos y vasculares que el plasma determina tan generalmente (como embolias ,hemorragias) en lo profundo de los tejidos orgánicos .

Debe servirnos pues á clinicos y gentes de laboratorio y sobre todo á los investigadores ,de estar alerta en el problema ,deduciendo la enseñanza ,para una más aguilatada y precoz terapéutica de estos enfermos.

A continuación reseñamos unos cuantos casos clínicos historizados, que evidencian ó al menos hacen verosímil nuestro punto de vista admitiendo la insuficiencia de la cápsula suprarrenal de origen netamente palúdico.

P.S.L. de 37 años de edad, casado, industrial, natural de Jarama de la Vera (Cáceres). 25 de Septiembre de 1937 á 7 de Abril 1938.

Antecedentes familiares.—

Su padre falleció de gota; su madre vive afectada de diabetes, que conlleva bastante bien merced al régimen alimenticio ó insulínico. Tres hermanos, uno de los cuales es enfermo hepato-renal.

Antecedentes patológicos personales.—

Buen nacimiento y crianza materna correctamente llevada. En la infancia sarampión, bien soportado sin que deje secuela patológica alguna. Alcohólico en grado mínimo (no bebedor continuo, sino de cuando en cuando, y á largos intervalos) que no parece haberle afectado en su fisiologíame. Lo mismo pudieramos decir del uso del tabaco que nunca ha exagerado. Es persona dedicada á negocios, que por temperamento ha emprendido con verdadero ánimo de luchador, que le ha proporcionado emociones continuadas, aunque sin gran violencia.

Enfermedad actual.—

Viene al Dispensario Antipalúdico, obligado por unas ^{fiebres} de tipo alterno en un principio y que luego se fijan de un modo cotidiano. Le acometen con intenso calor y se despiden con profusa sudoración. Durante los accesos violento dolor de cabeza; le han quedado sumamente pálido y extenuado.

Se le investiga hemoparasitariamente en gota gruesa teñida con Giemsa - Leishmann diagnosticándole de Paludismo pernicioso (*Laverania malariae*) con abundantes gametos de *Pl. falciparum*, que á los cuatro días de estar sometido á medicación por bisulfato de quinina, se cambian por semillunas.

Se le prescribe quinina (un gramo diario de bisulfato de quinina en tomas de 0,25 gr) durante diez días seguidos y á continuación un gramo del mismo preparado en días alternos durante veinte días más. En total veinte gramos - del compuesto. Á continuación se le aconseja tome cuatro centigramos diarios de Plasmoquina Bayer durante cinco días seguidos. Se le recomienda asimismo régimen de verduras y frutas frescas en abundancia por su gran contenido vitamínico. Como medicación suplementaria se le prescribe además hepavital y Cebión fuerte.

Desaparecen los accesos y se recupera de sus achaques derivados de la afección. Al siguiente año el 7 de Abril de 1938 recidiva de su malaria con fiebres de

tipo parecido al descrito ,pero además se encuentra muy abatido ,pálido y con fatiga al menor esfuerzo .Este cansancio es más pronunciado al caer la tarde .

Volvemos á analizar su sangre y nuevamente nos encontramos semilunas . Nos extraña ,creyendo hubiera seguido de un modo correcto el primer tratamiento impuesto ,pero no fué así ,puesto que francamente nos confiesa ,que no tomó las dosis de Plasmoguina ,por cuanto encontrándose ,al parecer curado ,una vez terminada la curación por quinina ,no ^{la} creyó necesaria ,á pesar de nuestra advertencia y además la estimaba peligrosa por los disturbios digestivos que según le habían informado producía.

En esta segunda etapa ,ante nuestra insistencia ,sigue fielmente el tratamiento que le conduce á segura curación. Reiteramos en los preparados hepáticos ,arsenicales (Optarson Bayer) y de vitamina C (cetamican) que le procuran una más pronta recuperación .

No obstante continua con un estado de inapetencia ,digestiones pesadas ,alguna que otra vez seguidas de disturbios diarreicos y sobre todo con una acentuada astenia .Pierde de peso y se halla más moreno que nunca ,acusando discreta pigmentaciones en región torácica (areolas y pezones) y en la linea alba abdominal .En cambio no se observan melanodermia en mucosas .

Se le toma tensiones arteriales que dan como resultado ; Tensión sistólica--- 110 mm de Hg .- Tensión diastólica 60 mm hg que demuestran un deficit en relación ,con las suyas habituales .

Exploración.- Hábito exterior . - La ligera pigmentación á que antes hemos aludido ;no presenta manchas en boca ni otras mucosas .

Aparato respiratorio. - Disnea al menor esfuerzo.

Aparato digestivo.- Inapetencia ,replección gástrica y pesadez prandial aún con minimas comidas .Ligera hipoclorhidria.Higado en su marco habitual ,sin hipertrofia manifiesta ,pero sensible á la palpación ;bazo hipertrofico (Nº II d Boyd) .

Aparato circulatorio.- Astenia cardio-vascular ,con hipotensión en cifras ya referidas anteriormente ;mareos con síndrome vagal.

Aparato locomotor.- Cansancio ,aún sin grandes esfuerzos.

Sistema nervioso .- Aplazamiento psíquico con insomnio ,no muy acentuado ,pero que no obstante ,no le permite el debido descanso.

Sus datos de laboratorio en aquel entonces fueron ;

Recuento globular.

Hematies en un mm³ de sangre4.300.000.
 Leucocitos " " " " " 4.700.
 Plaquetas " " " " " 70.000.

Serie roja.

Hemoglobina80 %.

Valor globularAproximado á la unidad .

Velocidad de sedimentaciónLigeramente aumentado.

Indice de Katz =En la primera hora 14 ; en la segunda 10 = $\frac{14 \text{ más } 10}{2}$
 $\frac{19}{2} = 9,50$

Anisocitosis ,poiquilocitosis ;no policromasia.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	61	} 100	Mielocitos	1
" eosinófilos.....	2		Juveniles	4
Linfocitos grandes	4		Cayados.....	7
" pequeños	22		Segmentados.....	49
Monocitos.....	11			
Tiempo de sangría	7 minutos.			
" de coagulación	9 "			

Se le trata su astenia y demás manifestaciones de hipoadrenia ,con corticina ~~steroides~~ tónicos (glicerofosfatos de cal é hierro) vitaminaC (ceta mican) ,y reposo ,tanto somático como psíquico ;régimen alimenticio lacto-vegetariano y frutas ,grasas ;pocas proteínas .

Nota.- Algún tiempo después de este historial médico ,de inicio de su malestar ,acude á la consulta del Profesor MARAÑÓN el que confirmá con un certero diagnóstico un mal de Addison queya nosotros habíamos sospechado y que habíamos cargado á cuenta de la malaria padecida (tal vez en conjunción con sus emociones de hombre de negocios) imponiendele un tratamiento aún más amplio y minucioso (percorten ,cloruro sódico ,vitamina C etc) que le mejoran grandemente. En esta situación favorable ,aún con pequeñas variaciones ,continua ,bajo los auspicios y dirección de tan esclarecido Maestro.

Observaciones y Comentarios .- Bien se echa de ver en este enfermo ,que aún tratándose de un hipoadrenio no encaja en el addisonismo puro (al menos en un principio á que referimos esta historia clinica) , pues tanto la pigmentación muy discreta y no acusada entonces en mucosas ,asi como las hipotensio-

nes no son muy acentuadas y lo mismo decimos respecto á la astenia, discreta en sus comienzos. Más tarde aparecen las pigmentaciones en mucosa bucal y la astenia y agotamiento neuro-muscular se acentúan, aún cuando en la última etapa está en regresión merced al tratamiento prescrito y que ahora lleva con bastante rigor.

De todos modos, se trata de un caso de Addison moderado, sin aquellas lesiones máximas é irreparables que más pronto ó más tarde conducen al "exitus".

Es pues un caso como otros similares registrados por nosotros en este presente y modesto trabajo, de lesiones mínimas del tejido suprarrenal susceptible sino de regenerarse, al menos no extenderse comprometiendo el funcionamiento global de las adrenales. Tal vez una disfunción con inhibición del tejido suprarrenal cromafino, bien por mecanismo genuinamente nervioso, esto es, por emanación de la excitación secretora de la glándula ó por inhibición de la hipófisis, que no segregaría ó lo haría en grado mínimo la hormona estimulante de las suprarrenales (córtico-tropa) (Goldzieher).

En algunos parecidos casos y sobre todo en aquellos graves ~~quaxhan~~ seguidos de óbito y susceptibles de autopsiar cabría determinar el contenido de las suprarrenales en adrenalina. Claro es que estas investigaciones siempre adolecen del inconveniente de que sus resultados no merecen más que una relativa garantía, toda vez que por pronta que se efectue la necropsia hay ó se produce una alteración en el quimismo de las glándulas suprarrenales.

A pesar de todo y por lo que ocurre en casos análogos de otros órganos endocrino, como en casos graves de diabetes, exponente de una insuficiencia grande del pancreas, en los que no se ha podido hallar en la autopsia lesiones y en otros de tiroides (mixedema) y de insuficiencias ováricas, con tiroides y ovarios al parecer sanos é indemnes, se inclina el ánimo á admitir trastornos meramente funcionales. Esta situación pudiera ser la de estos enfermos.

En cuanto á su etio-patogenia, lógicamente en estos cuadros clínicos hallados por nosotros, los reputamos de indole palúdica, pues en las indagaciones anamnésicas no aparecen causas más ostensibles (ninguna manifestación clínica ni serológica de lues, ni de fima, intoxicaciones etc) tampoco ninguna otra infección aguda (fiebre tifoidea, tífus exantemático, septicemias etc que nos indujeran á relaciones con el estado de nuestros pacientes.

Al menos lanzamos esta opinión, que pueda, con el tiempo, por otros investigadores, con la competencia, que á nosotros nos falta, ~~sea~~ confirmada ó desechada.

J.L. B.- De 43 años de edad , casada , natural y residente en Jarais
de la Vera (Cáceres) 25 de Agosto de I.940 'á I7 de Abril de I.94I.

Antecedentes familiares.- Su madre falleció de apoplejia; su padre , ya en
edad provecta (82 años) de embolia cerebral , repentinamente .
Su marido enfermo de T.P. de tipo carrético.

Antecedentes patológicos personales .- Eugenesia y buena lactancia , al pecho
de su madre. Durante su infancia , sarampión á los cuatro años , del que no la -
quedó rastro patológico . Varicela á los siete años , tambien sin consecuencia.
Menarquia á los 15 años , sin grandes alteraciones . Ha tenido cinco hijos , que
la viven sanos y robustos . Sus partos y puerperios totalmente fisiológicos .
Á pesar del ambiente de finia de su marido , ni ella ni sus hijos parecen habe
se afectado de la enfermedad , sin duda , por el caracter fibroso de la lesión y
más que nada por la extrema higiéneax que á este respecto observan . Presen-
ta un tipo asténico clásico.

Enfermedad actual .- Nos consulta en el Dispensario por unas fiebres que ini-
ciadas de forma alterna , se tornan en cotidianas , con gran calefrio , castañeo
de dientes , temblor , que se despiden con sudor abundante . La han abatido
grandemente y está muy pálida . Refiere dolor intenso de cabeza en la región sub
occipital alternando con neuralgias en axila derecha , en topografía del ple-
xo braquial.

Se lleva á cabo la investigación hemoparasitaria con gota gruesa teñida por
la coloración de Giemsa , comprobando en la preparación abundantes formas ann-
lares de la verania malariae . Esto se comprueba , cuando en dias posteriores , en
que hallándose la enferma bajo medicación de bisulfato de quinina en una nueva
prueba se hallan semilunas.

La hicimos las prescripciones de rigor en esta variedad malárica á base de
quinina y plasmuquina , pero el tratamiento no tuvo nuestro control puesto que
la enferma á poco del examen se fué de viaje y luego no tuvimos contacto con
ella .

No obstante y al mismo tiempo que la medicación específica la recomendamos en el
plan propuesto , arsenicales , extractos hepáticos , vitamina C , juntamente con
un régimen alimenticio de verduras y frutas frescas en abundancia.

Parece ser , según información posterior , que mejoró notablemente .
Á pesar de todo , vuelve al año siguiente , á principios de primavera á visitar-

nos en nuestra consulta oficial y esta vez viene aún peor ,pues á las calenturas ,muy semejantes á las padecidas en su verano anterior ,se agrega un estado consuntivo de palidez ,cansancio ,pérdida de peso ,anorexia ;en síntesis un verdadero estado de caquexia.

Recurrimos nuevamente á la investigación hematoscópica en busca del plasmodio y ,claro es ,otra vez hallamos ,parásitos idénticos á los encontrados en el inicio de su enfermedad .En el interrogatorio respectivo á que la sometimos ,nos confiesa que con las tomas de quinina ,los tónicos y sobre todo la vida de campo se mejoró tanto que creyéndose curada y siéndola repugnante las tomas de plasmoquina prescindió de ella ,por no reputarla indispensable. Esto nos explica su recidiva.

Ante esta nueva situación procedemos á ejecutar un nuevo tratamiento y completo con quinina y plasmoquina á las dosis ordinariamente manejadas por nosotros en enfermos de esta índole .

Abundamos asimismo en la medicación complementaria antianémica y vitaminica (C y B) y la enviamos al campo con buena alimentación y reposo de todo orden. No obstante antes de emprender la marcha en vista de su profunda astenia la hacemos un examen clínico detenido , estudiando ante todo sus tensiones arteriales que nos dan el siguiente resultado :

Tensión arterial máxima 10mm de Hg ; mínima 50 mm de hg .

En radioscopia torácica no muestra nada patológico (campos pulmonares ,hilos etc limpios . corazón en gota ,pero normal en sus dimensiones ,en su ritmo etc .

Nota = En esta enferma ,así como en nuestros otros pacientes observados presenta una tendencia al encendido del color moreno que de suyo muestra el pero sin que esto pueda tomarse como melanodermia en el sentido habitual del concepto ;faltan desde luego las manchas bucales y toda otra pigmentación de mucosas .

Exploración -Epidermis. - El ligero teñido ,acentuando su color moreno á que nos hemos referido.

Aparato respiratorio .- Disnea de esfuerzo ,sin duda debido á la anoxemia originada por la anemia.

Aparato digestivo .- Anorexia ,pesadez digestiva ;á veces diarrea ,que alterna con estreñimiento de tipo espástico .Hígado sensible y ligeramente agrandado .Bazo hipertrófico (tipo II de Boyd).

Aparato circulatorio.- Astenia cardio-vascular con marcada hipotensión ,mareos ,gran labilidad vasomotora .

Locomotor .- Cansancio en la marcha ,aún cuando sea ligera .

Sistema nervioso .- Psicastenia .No muestra interés por nada ,con estado de apatía y melancolía exagerada .

Sistema uro-genital . Anafrodisia.

Datos de la boratorio .- Sangre .-

-- Recuento globular. --

Hematies en un mm³ de sangre.....3.400.000.
Leucocitos " " " " " 5.200.
Plaquetas " " " " " 70.000.

--Serie roja.--

Hemoglobina.....67 %
Valor globularAproximado á la unidad.
Velocidad de sedimentaciónModeradamente aumentado.
Indice de Katz ... En la primera hora 17 mm ; en la segunda 14 mm . =
17 más 14
 $\frac{2}{2} = \frac{24}{12} = 12$ mm.
Anisocitosis ,poiquilocitosis ,poli cromasia.

- Fórmula Leucocitaria.-

Polinucleares neutrófilos	67	} Mielocitos .....1 Juveniles .....7 Cayados.....11 Segmentados .....48
" eosinófilos	I	
Linfocitos grandes	4	
" pequeños.....	16	
Monocitos	11	
Células de Rieder.....	I	
		<u>100</u>

Tiempo de sangría7 minutos .
" " coagulación8 " .

Observaciones y comentario . - ~~Esta enferma coincide~~ Esta enferma coincide en lo fundamental con el caso precedentemente descrito en las características de melopragia de las adrenales con insuficiencia leve de estas glándulas .Y así la ligera pigmentación ,con ausencia de la verdadera melanodermia ,la astenia ,lahipotensión , la pérdida de peso ,que si antes no hemos hecho mención de ella bueno es dejar constancia aque de ella en este sitio la gran tolerancia que la enferma mostraba á los hidratos de carbono ,el cansancio físico y cerebral ,los disturbios digestivos etc parecen llevarnos de la mano á sentar este diagnóstico .

Por lo que atañe á su etio-patogenia ,la calificamos de naturaleza genuina

namente palúdica á juzgar por su conexi3n con el parasitismo padecido en unos meses , desde su ataque primario hasta su recidiva , fehacientemente evidenciadas por los sindromes acusados y sobre todo por los análisis practicados en las dos etapas de su enfermedad . Pero es que además no se hallan en nuestro caso ningún atisbo de otra infecci3n , pues no cuenta con abortos , ni nacidos muertos , ni hijos muertos en edad temprana , ni cefalalgias , fuera de las netamente palúdicas , ni dolores osteóceppes etc y que su serologia ha sido negativa para el treponema . Tampoco hemos hallado estigmas de finia á pesar de ser lo su marido y esto fué lo que nos movió á extremar en ella la investigaci3n en este sentido , haciendo radioscopia torácica , que como hemos dejado apuntado fué normal , y si nos fijamos en la velocidad de sedimentaci3n globalar hemática esto á este respecto tiene escaso valor , pues el estar un tanto ex rada puede responder á diferentes noxas y causas y no solo al bacilo de Koc , incluso como venimos observando en la malaria donde es frecuente , sobre todo en aquellos pacientes que muestran tendencia á la cronicidad.

Por lo que respecta á fiebres tifoideas , tifus exantemático , reumatismo , intoxicaciones etc faltan asimismo en esta historia.

En esta orientaci3n pues lo estimamos.

J.M. A. - De 43 años de edad, casada y dedicada á sus ocupaciones domésticas, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres), donde también reside.

16 de Septiembre de 1942 á 7 de Marzo de 1944.-

Antecedentes familiares. - No tienen relieve patológico.

Antecedentes patológicos personales. - Eugenesia y crianza normal. En la infancia sufre sarampión á los tres años, del que no queda rastro morboso alguno. Á los 14 años menarquia, bien reglada, en lo sucesivo. Sus partos y sus puerperios correspondientes han sido normales; no cuenta ningún aborto.

Enfermedad actual. - Recurre á nuestro servicio antipaládico el día 16 de Septiembre por unas calenturas de tipo cotidiano, con gran calofrío y fuerte dolor de cabeza, que después la queda muy pesada. Se encuentra muy abatida, pálida é inapetente.

Se procede á la investigación hemoparasitaria en gota gruesa, teñida por el proceder de Giemsa-Leishmann que pone en evidencia gran cantidad de anillos de *Pl. falciparum* (*Laveraniamalariae*). Quedamos convencidos del diagnóstico de variedad parasitaria, cuando á los pocos días de tomar quinina hallamos, en nuevo análisis de sangre, semillunas.

Se la pone tratamiento por quinina (un gramo diario de bisulfato, en cuatro tomas de 0,25 gr) durante diez días, seguidos de otro gramo diario, en días ternos, durante otros veinte días más. En total veinte gramos de la medicación. Á continuación se la recomienda cinco centigramos diarios de Plasmoquina, por espacio de cinco días seguidos. También se la aconseja vitamina C (Redoxon) - extracto hepático (Anemiol Ibis) y últimamente vitamina B (betabión) para corregir unas neuralgias suboccipitales muy rebeldes que aquejaba nuestra paciente.

Desaparecen las fiebres y se alivia de los restantes trastornos derivados de su paludismo.

Así las cosas el 7 de Marzo de 1944 á los dos años de ocurrir el ataque primario, nuevamente nos consulta sobre fiebres análogas á las iniciales, con achaques más acentuados que entonces, pues se encuentra muy pálida, cansada y enflaquecida. Dueme mal, y se irrita por cualquier motivo por ítil que fuere. Refiere que en el año intermedio, esto es, durante la campaña de 1943, no se encontró bien, sintiéndose muy agotada durante algún tiempo y recuperada más tarde, con destemplanza frecuente á la que no concedió sin embargo gran significación.

Se repite el análisis hemoparasitario, que otra vez acusa anillos de *Laverania malariae* y alguna que otra semilluna, si bien estas, escasas.

Sorprendidos como tantas otras veces, en enfermos un tanto indisciplinados en su medicación, por el retorno de la infección, que era lógico suponer con jurada, nos lo explicamos cuando la enferma nos advierte que no llevó á cabo las tomas de Plasmoquina á la que tenía miedo por haber oído á otros enfermos era desagradable detomar y podría provocar trastornos.

Insistimos, esta vez con mayor fortuna, por haber llevado á su ánimo el convencimiento de que nada desagradable la sucedería y si obtendría por el contrario la cura radical de su afección malarica con las tomas de Plasmoquina - que reputábamos inexcusable para su normalización. Así es que vuelve á repetir la medicación de quinina en idéntica forma que la primera vez y á continuación la Plasmoquina á la dosis de cuatro centigramos diarios durante cinco días, por estimar era suficiente cantidad para su esterilización.

Asimismo y para completar su terapéutica y reparar los estragos hemáticos y de otros órdenes que la había ocasionado el hematozoario se le prescribe vitamina C (Cetamican) y extracto hepático (hepavital fólico) junto con un régimen alimenticio de verduras y frutas frescas (limones, naranjas, fresas etc). También fijamos nuestra atención en su pronunciada astenia y á este fin procedemos á investigar sus tensiones arteriales hallando:

Tensión arterial máxima ó sistólica 10 mm de Hg ; Tensión arterial mínima ó diastólica 5.5 mm de Hg .

En vista de este resultado la sometemos á régimen hiperclorurado é inyectables de perclorato. Esto y un bien reglado descanso, la conducen á una ostensible mejoría, ya que no á una definitiva curación.

Nota = En este caso, como en los precedentemente descritos no hallamos melanodermia en el sentido clásico, pues no hay pigmentación de mucosas, y la que se nota en alguna zona cutánea es muy discreta y más que alteración patológica, es una subida del color normal, ya de suyo muy moreno, y si cabe una tendencia á más fácilmente broncearse que de ordinario.

Exploración .- Epidermis .- El ligero bronceado á que antes hemos aludido.

Aparato respiratorio .- Disnea de esfuerzo.

Aparato digestivo .- Anorexia, dificultad digestiva, con aerofagia, flatulencia, ocupación gástrica, deshechos diarreales etc. Hígado un tanto agrandado y sensible á la palpación y Bazo hipertrofico (Nº III de Boyd) y doloroso.

Aparato circulatorio .- Depresión cardio-vascular con hipotensión; mareos.

Aparato locomotor .- Agotamiento y cansancio fácil.

Sistema nervioso .- Indiferencia, melancolía, desgana para toda actividad que implique la menor atención, costándole esfuerzo aún la lectura recreativa.

Sistema uro-genital .- Frigidez sexual.

Los datos de laboratorio en su fase de recaída fueron :

Sangre.-

-Recuento globular.-

Hematies en un mm³ de sangre4.300.000.
 Leucócitos " " " " 4.700.
 Plaquetas " " " " 70.000.

Serie roja.

Hemoglobina..... 75 %
 Valor globular.....Ligeramente inferior á la unidad.
 Velocidad de sedimentación hemáticaModeradamente elevado.
 Índice de Katz.....En la primera hora 16 mm ; en la segunda ...12 mm = ~~XXXXXX~~

$$16 \text{ más } \frac{12}{2} - \frac{22}{2} = 11 \text{ mm.}$$

 Anisocitosis, poiquilocitosis ; no policromasia.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	61	} Mielocitos 0 Juveniles 4 Cayados 7 Segmentados 50
" eosinófilos.....	2	
Linfocitos grandes	7	
" pequeños.....	16	
Monocitos.....	14	
Basófilos.....	0	
Células* de Rieder.....	0	
		100

Tiempo de sangría.....7 minutos.
 " " coagulación..9 "

Observaciones y comentarios.- Otro enfermo más , afecto de insuficiencia suprarrenal leve ó hipoadrenia mínima (insuficiencia suprarrenal no addisoniana) con astenia , hipotensión , pérdida de peso , así como gran tolerancia para los hidratos de carbono y fácil y exagerada reacción hipoglucémica á la inyección de insulina , pero en la que falta la melanodermia ó la laminilla que pudieramos -- atribuir á determinadas zonas cutáneas y sin correspondencia con la de mucosas que falta . Aparte de que los fenómenos de astenia , hipotensión , recambio hidro-salino , agotamiento psíquico etc son de grado moderado y fácilmente reparable.

Parece tratarse , como ya hemos anteriormente apuntado , de trastornos por inhibición funcional nervioso de la hipófisis , que no vertería en sangre hormonas córtico-tropas , en la cantidad ó calidad suficiente para obtener una respuesta eficiente de la capsula suprarrenal , cuyo trofismo parece depender de este mecanismo.

Por lo que concierne á la etiopatogenia del caso lo calificamos como de

naturaleza genuinamente palúdica ,si tenemos en cuenta la infección evidente de la verania ,que recientemente ha padecido la enferma ,que seguidamente de su recidiva empieza á mostrar su deficit suprarrenal .Aparte de que tambien en esta historia no hemos podido atisbar ningún otro rastro infectivo de - lues (clinica y serológicamente negativa) ,ni de fílmia ,fiebre tifoidea , reumatismo ,tifus exantemático etc .Tambien estan ausentes intoxicaciones de arsenicales ,plomo alcohol etc .Es pues congruente entablar conexiones entre la parasitosis palúdica y el disturbio glandular de las adrenales acusado e este síndrome. Asi al menos lo imaginamos.

J.F.B.-

De 34 años de edad ,casado ,de profesión Abogado ,natural de Jaraiiz de la Vera (Cáceres) donde reside y ejerce .- 16 de Septiembre de 1.943 á 17 de Abril de 1.944.

Antecedentes familiares .- Un abuelo murió de tuberculosis fibrosa.Su padre alcohólico ,aún cuando en grado moderado .El, único hermano que tiene ,padece lesiones pulmonares de tipo infiltrativo ,por ahora ,no muy alarmantes.

Antecedentes patológicos personales.- Nació á término .Lactancia materna - correcta ;buen desarrollo .En la infancia las enfermedades eruptivas propias de ese periodo de la vida ,sin que ninguna de ellas (sarampión y varicela) haya dejado señal alguna de alteración morbosa .Alcohólico en grado moderado .Blenorrágico crónico y chancro de Durey .Ictericia catarral hace siete años .Hace cuatro años ,cólico hepático.

Enfermedad actual.-

Acude al Dispensario el 16 de Septiembre de 1943 á consecuencia de unas fiebres alternas que más tarde se quedan en cotidianas .Se inician con intenso calofrío y temblor y se despiden con sudoración profusa .Le quedan extenuado ,ha perdido de peso y está sumamente pálido .

Se le toma gota gruesa y frotis y previa tinción con Giemsa se echa de ver al examen microscópico numerosas formas anulares de *Pl.falciparum*.

Se le prescribe quinina y plasmoquina en las dosis y tiempo habituales y se le recomienda asimismo plan alimenticio en el que no escaseen las verduras y frutas frescas ,sobre todo naranjas ,limones ,plátanos ,tomates etc

También se le recomienda Anemiol Ibis y Cebión fuerte ,ambos por vía parenteral Desaparecen las fiebres y mejora de sus otras manifestaciones palúdicas .

Al año siguiente el 17 de Abril de 1944 aparece de nuevo por el Dispensario con mal aspecto .Nos refiere que le han vuelto las fiebres y se encuentra cansado al menor esfuerzo y sumamente pálido.

Reiteramos la hematoscopia que nos muestra semillunas en relativa abundancia --- (tres á cuatro por campo de microscopio) y nos extraña [muy relativamente por estar ya acostumbrado á que los enfermos se muestren reacios á las tomas de -- plasmoquina ,que en general no goza del favor de los enfermos quienes suelen -- repudiarla por creerla repugnante y hasta peligrosa ,por los trastornos digestivos y hemáticos que han oído hablar ha provocado en algún caso aislado) teniendo en cuenta el tratamiento quinino-plasmoquinico á que le habíamos sometido en su primo-infección palúdica .Se disculpa de no haber tomado la plasmoquina en razón de su insuficiencia hepática ,y esto puede ser efectivamente un motivo fundamentado ,para la abstención.

Esta vez le aconsejamos no deje de hacerlo ,aún cuando con la debida prudencia

de suspenderla apenas sintiera el menor trastorno ,rogándole además nos avise apenas si ello ocurriera .Afortunadamente tolera bien ambos medicamentos ,quinina y plasmuquina ,y con ello desaparecen los accesos .

No obstante mejora muy poco de sus secuelas palúdicas y sigue anoréxico y actuadaastenia al, menor esfuerzo.Acusa algunas décimas por latarde ,ha perdido - de peso ,de seis á siete kilogramos y ha subido de color (como de aceituna) ,e el moreno propio que él presentaba .Manifiesta una ligera melanoderma cutánea ,concentrándose sobre todo el pigmento ,en areolas y pezones ,región umbilical y linea alba.

Exploración .- Tegumento externo.------La pigmentación de tipo melanodérmico discreto á la que antes nos hemos referido .No presenta manchas de mucosas m(bucal ,glande etc).

Aparato respiratorio.------ Disnea al menor esfuerzo .

Aparato digestivo.------ Inapetencia ,replección gástrica y pesadez digestiva aún con pequeñas comidas .Hipoclorhidria .Higado ligeramente aumentado de volumen y sensible á la palpación ;Bazo tambien hipertrofico (NºII de Boyd) .

Aparato circulatorio .------ Astenia cardiaca .Hipotensión vascular .Máxima 11 mm de Hg y minima de 6 mm de Hg.

Aparato locomotor .------ Cansancio acentuado al menor paseo y sobre todo al esfuerzo .

Sistema nervioso.------ Moderado estado de psicastenia ,con indiferencia ,pesimismo y cansancio cerebral ;se encuentra irritable y duerme mal.

Sistema uro-genital .------ Anafrodisma .

Sus datos de laboratorio en aquel entonces fueron ;

Orina .------ Nada patológicop.,tanto en elementos quimicos como en el sedimento.

Sangre .-----

--- Recuento globular. ---

Hematies en un mm3 de sangre.....	3.400.000.
Leucocitos " " " " "	5.700.
Plaquetas .f.f. " " ".....	75.000.

----- Serie roja. -----

Hemoglobina 55 % -Valor globular -Aproximado á la unidad.

Anisocitosis ,poiquilocitosis ; no policromasia.

Velocidad de sedimentación globularbastante aumentado .Indice de Katz-
= 17 mm.

- Fórmula Leucocitaria.-

Polinucleares neutrófilos	62	} Mielocitos .....1 Juveniles .....3 Cayados .....7 Segmentados .....51
" eosinófilos.....	4	
Linfocitos pequeños	16	
" grandes.....	4	
Monocitos.....	14	

100

Tiempo de sangría9 minutos

" de coagulación ...II "

Su tasa de urea en sangre fué de 0,55 gr por 1000; la glucemia fué de 0,70 gr por mil (litro de sangre).

Se le trata su astenia con corticina ,cloruro sódico y tónicos (glicero fos-
fatos de cal é hierro). Régimen alimenticio lacto-vegetarian y de gran conte-
nido vitamínico .Reposo físico y psíquico ; vida de campo .Se atiende asimis-
mo á su insuficiencia hepática con suero glucosado hipertónico con vitamina
B y además Drenol ,Opobil etc.

Resultado .- gran mejoría , aún cuando no del todo recuperado.

Observaciones y comentario.- Otro caso calcado en los que anteceden .Es ob-
vio el repetir el mismo razonamiento .para encajarlo en insuficiencia su-
prarrenal moderada (sin addisonismo clásico) de tipo palúdico que á noso-
tros nos parece lógico por no hallar otro proceso ,bacteriano ,parasitario ó
tóxico á que referirlo y ser tan evidente su malaria laveránica.

P.M. A. De 27 años de edad casado, empleado de Banca, residente en Jaraiz de la Vera (Cáceres) 17 de Agosto de 1947. á 4 de Abril de 1948.

Antecedentes familiares.— No afectan al caso .

Antecedentes patológicos personales.— Eugenesia y lactancia materna correctamente llevada . Durante su infancia sarampión á los dos años del que salió indemne . No bebe y fuma moderadamente ; vida higiénica y tranquila sin grandes emociones . Nada patológico en el resto de su vivir .

Enfermedad actual .— Acude á nuestra consulta dispensarial el 17 de Agosto de 1947 obligado por unas fiebres de tipo alterno en un principio y que luego se tornan en cotidianas , que se acompañan de gran calofrío y se despiden con gran sudor . Durante la algidez de la calentura fuerte dolor de cabeza sobre todo en la región de la nuca , que le continúa durante algunos días aún en los intervalos de apirexia (neuralgia suboccipital ?) .

Se procede al examen hemoparasitario de su sangre en gota gruesa , teñida por el método de Giemsa el cual pone en evidencia multitud de formas anulares . Á los pocos días de estar tomando quinina aparecen semillunas.

Se le prescribe este preparado durante quince días seguidos á razón de gramo diario y seguidamente durante otros quince días alternos otro gramo--diario . En total 22,50 gramos de quinina . Se le recomiendan asimismo arsenicales , ferruginosos , preparados hepáticos , y vitamina C (cantan) .

Se le advierte que al final de la medicación por quinina debe venir al --Dispensario nuevamente para completar su terapéutica con otro preparado-- (plasmoquina) pero el hecho es que no ha vuelto .

Parece ser , según información recogida después , que antes de terminar el tratamiento por quinina se marchó al campo un tanto mejorado , pero terminar de curar .

Al año siguiente el 4 de Abril de 1948 recidivó sus padecimientos con fiebre de tipo y características semejantes al periodo de primo-infección . Se encuentra además muy postrado , anoréxico , delgado y en un estado de --psicastenia que se traduce por insomnio , agotamiento cerebral , pérdida de iniciativa etc ; se fatiga con gran facilidad .

Se vuelve á analizar su sangre , que arroja nuevamente anillos y semillunas como en su primer etapa . No es de extrañar el suceso , por cuanto según vinimos á averiguar no tomó las dosis de plasmoquina , por que hallándose muy mejorado al término de la quinina , no las creyó necesarias.

Esta vez , á la vista de su fracaso , conseguimos efectuar el tratamiento completo , que por otra parte vigilamos .

Insistimos también en el régimen de alimentación sana y de gran contenido vitamínico y en los preparados de arsénico (solarson -, extractos hepáticos (hepavital) y de vitamina C [redoxon] que le ayudan á recobrar su tono y á reparar la anemia y consunción .

Además como nos llama la atención la pronunciada astenia ,procedemos á la toma de tensiones arteriales que nos dan las siguientes cifras : Tensión arterial máxima11 mm de Hg. ;tensión arterial mínima _0 mmg de Hg.

En su consecuencia le sometemos sospechada la insuficiencia suprarrenal á régimen hiperclorurado ,junto con inyectables de percorten.

Esta alimentación y terapéutica ,coadyuvada por un régimen de descanso integral (físico y ~~anímico~~ y cerebral) determinan en él una gran mejoría aunque no del todo definitiva.

Nota . En este ,como en los precedentes casos reseñados muy similares á él no encontramos melanodermia en el sentido clásico ,sino más bien una acentuada coloración morena de la piel en algunas zonas cutáneas (line alba umbilical , areolas y pezones etc .-), pero sin que fueran acompañadas de pigmentación en mucosas .

Exploración .- Epidermis .- El ligero bronceado á que hemos aludido .

Aparato respiratorio .- Disnea fácil al menor esfuerzo .

Aparato digestivo .- Inapetencia ,pesadez gástrica aún con pequeñas comidas . Hígado de límites ligeramente agrandados y un poco sensible á la palpación ;tinte subictérico ;bazo hipertrófico (Nº II de Boyd) .

Aparato circulatorio .- Astenia cardio-vascular con marcada hipotensión ;mareos .

Locomotor .- Fácil cansancio .

Sistema nervioso .- Aplazamiento psíquico ,indiferencia y desgana en el trabajo tanto el puramente cerebral .como el de orden muscular .

Sistema uro-genital-Normal ,si bien con apagamiento sexual .

Los datos de laboratorio que de entonces conservamos arrojaron los siguientes datos :

Orina .- Del todo normal ,tanto en sus elementos químicobiológicos , como en el sedimento .

Sangre. Recuento globular.

Hematies en un mm³ de sangre.....3.700.000 .

Leucocitos " " " " " 4.300.

Plaquetas " " " " " 75.000.

66666 Serie roja 66666---

Hemoglobina70 %

Valor globularAproximado á la unidad .

Velocidad de sedimentaciónModeradamente aumentado.

Indice de KatzEn la primera hora 25 ; en la segunda 18 mm =

$$25 \text{ más } \frac{18}{2} = \frac{34}{2} = 17 \text{ mm.}$$

2

Anisocitosis , poliquillocitosis , policromasia.

--Fórmula Leucocitaria. --

Polinucleares neutrófilos.....	57	} Mielocitos. 0 Juveniles. 7 Cayados. II Segmentados 39
" eosinófilos.....	I	
Linfocitos grandes	7	
" pequeños	24	
Monocitos.....	II	
Basófilos	0	
Células de Rieder.....	0	

100.

Tiempo de sangría9 minutos.

" de coagulaciónII "

Observaciones y comentario.- Un caso más que referir á la insuficiencia adrenal de pequeña intensidad , sin addisonismo típico.

El concepto que de su etiopatogenia tenemos queda descrito en los anteriores .

M. D. T. De 27 años de edad, de nacimiento francés, naturalizado en --- España. Reside en Jaraiz de la Vera (Cáceres) desde hace 17 años. Es profesión mecánico. No fuma ni bebe sino muy moderadamente, casado y con tres hijos que viven así como su mujer en perfectas condiciones de salud.

4 de Octubre de 1947 á 7 de Abril de 1948.

Antecedentes familiares ó hereditarios. - Su padre hepático; su madre sana; un único hermano también palúdico.

Antecedentes patológicos personales. - Eugenesia y correcta crianza materna. Á los tres años sarampión y á los siete varicela, que tanto uno como otra no dejaron huella, ni alteración patológica alguna. El 4 de Octubre de 1947 acude á nuestra consulta oficial del Dispensario Antipalúdico á consecuencia de unas fiebres cotidianas con gran calofrío, cefalalgia intensa y gran sudoración al final. Está muy pálido y abatido [Bazo nº II de Boyd.).

Se le analiza su sangre en gota gruesa teñida por el método clásico de Giemsa - Leishmann y en ella hallamos bastantes anillos de Pl, falciparum. Á los pocos días procedemos nuevamente á la investigación hematológica, por idéntico procedimiento y nos encontramos con gametos del mismo parásito, aparecido sin duda por la estimulación de la quinina, que estaba ya tomando.

Se le prescribe tratamiento de quinina y plasmoquina á las dosis usuales en nuestra consulta y se le completa la medicación á base de estimulantes de los órganos hemopoyéticos á fin de restaurar la cifra de glóbulos sanguíneos perdidos y el defecto de pigmento hemático, con arsenicales ferruginosos, extractos hepáticos y compuestos vitamínicos amén de reposo y una sana alimentación.

Desaparecen las fiebres y mejora de sus secuelas palúdicas, como la anemia, anorexia, pérdida de peso etc.

Á pesar de esta mejoría provisional, recae al año siguiente, volviendo otra vez á nuestra consulta oficial de paludismo en idéntica y, si cabe, en peor situación que en el año anterior. En este periodo le encontramos aún más pálido, cansado, sin apetencia digestiva, irritable, con insomnios, alucinaciones y pesadillas que le dejan postrado.

Se le toman tensiones arteriales que dan estas cifras - Tensión arterial máxima ó sistólica 100 mm de Hg; Tensión arterial mínima ó diastólica... 60 mm de Hg.

Recurrimos nuevamente al análisis hemoparasitario hallando idénticos parásitos que en su otra fase inicial de invasión plasmódica.

En nuestra indagación retrospectiva hallamos igual ánimo refractario á las tomas de plasmuquina, que según él tuvo que rechazarla á las primeras tabletas porque le sentaron mal, ocasionándole molestias gástricas. Y es que ya como otros pacientes la aceptaban con prevención y temor totalmente infundado. Esta otra vez convencido de su necesidad ejecuta fielmente el tratamiento tal como se lo recomendamos. También insistimos en la medicación complementaria que le reintegra á su bienestar.

No olvidamos á la vista de su astenia é hipotensión el inyectarle cortisona.

Nota.— Se advierte en él, como lo venimos registrando en los otros enfermos similares, de analogas características, una acentuada pigmentación de su piel, subida de su propio color moreno habitual, pero sin que llegue á ostentar la categoría de melanodermia. Faltan desde luego las manchas bucales y en general de toda mucosa.

Exploración.— Piel. El subido de color, de las zonas cutáneas á que nos hemos referido.

Aparato respiratorio.— Disnea de esfuerzo.

Aparato circulatorio.— Depresión cardio-vascular con hipotensión.

Aparato digestivo.— Anorexia, pesadez digestiva, flatulencia. Hígado en sus límites normales, pero un tanto sensible á la palpación.— Bazo hipertrofica (Nº I de Boyd).

Locomotor.— Fatiga muscular á la marcha habitual.

Sistema nervioso.— Melancolía, con indiferencia y apatía; mal dormir.

Los datos de laboratorio que acusó fueron:

Sangre —

Recuento globular.

Hematies en un mm ³ de sangre	3.800.000
Leucocitos " " " " "	4.700
Plaquetas " " " " "	83.000

Serie roja.

Hemoglobina 70 %

Valor globular Aproximado á la unidad.

Velocidad de sedimentación globular. Moderadamente aumentado. En la primera

nora 22 mm ; en la segunda 16 mm . Índice de Katz = $\frac{22 \text{ más } \frac{16}{2}}{2} = \frac{30}{2}$

= 15 mm

Anisocitosis, poiquilocitosis ; no policromasia.

---Fórmula leucocitaria ---

-----Fórmula Leucocitaria.-----

Polinucleares neutrófilos	52	Mielocitos.....0
" eosinófilos.....	I	Juveniles.....4
" basófilos.....	I	Cayados.....II
Linfocitos grandes	7	Segmentados..... 37
" pequeños.;.....	25	
Monocitos	14	
Células de Rieder.....	0.	

100

Tiempo de hemorragia.....9 minutos.
 " de coagulaciónII " .

Observaciones y comentarios.- Uno más de los enfermos de nipo-adrenia que presentamos ,de caracter leve ,que no aboca en el addisonismo clásico á juzgar por su escasa pigmentación cutanea y no ^{de} mucosas ,la no muy acentuada astenia é hipotensión quese recobran relativamente rápidas ,merced al tratamiento antipasmódico y corrector de su deficit glandular de las adrenales.

C.A. G.-de 25 años de edad, soltera, natural y residente en Jaraiz de la Vera (Cáceres).- 7 de Octubre de 1.947 á 17 de Abril de 1.948.

Antecedentes familiares ó hereditarios.- No interesan al caso,

Antecedentes patológicos personales.- Eúgenesia y correcta crianza materna. Sarampión y varicela sin consecuencias patológicas. Menarquia á los catorce años y medio, reglada del todo normal.

Enfermedad actual.- Nos consulta en el Dispensario antipalúdico por unas calenturas, de tipo cotidiano el día 17 de Agosto de 1947. Son accesos de gran altura térmica iniciados con intenso calofrío y gran cefalalgia.

En el análisis hematológico encontramos formas anulares de *Pl. falciparum* en regular cantidad. En días posteriores, ya en pleno tratamiento por quinina encontramos semillunas, lo que confirma el diagnóstico de variedad parasitaria. Prescribimos disulfato de quinina en dosis diarias de un gramo, en tomas de 0,25 gr, durante diez días seguidos y á continuación, dosis también de un gramo, pero tan solo en días alternos durante veinte días más. En total ingiere veinte gramos de ladroga.

Se la recomienda asimismo cuatro centigramos diarios de Plasmoquina por espacio de cinco días seguidos.

Completamos la terapéutica con arsenicales, extractos hepáticos, preparado de hierro, vitaminas C y B (Cebión 1 betabión) juntamente con régimen alimenticio abundante en verduras y frutas frescas.

Desaparecen las fiebres y mejora de su estado anémico.

No obstante al año siguiente el día 17 de Abril vuelve otra vez á nuestro servicio oficial antipalúdico por un estado similar, sino peor, que en su primo-infección. Con fiebres de tipo y características semejantes á las anteriores y con idéntico resultado hematológico; acusa un típico estado de caquexia malárica.

Su astenia nos invita á investigar sus tensiones arteriales que resultan ser: Máxima ó sistólica 100 mm de Hg; mínima ó diastólica ^{55 mm} 55 mm de Hg. Esto nos determina añadir á su régimen, sal común en abundancia y cortisina en inyectables, y repetir los tónicos y antianémicos del primer ataque, reposo general y de todo orden y claro es, antes que nada un tratamiento completo y específico de la especie lavalánica (quinina y plasmoquina, en las dosis y tiempos habituales, vigilando sobre todo las tomas de plasmoquina, á las que por regla general son refractarios los enfermos

Conseguimos una gran mejoría, que no parece ha de truncarse, como en su primera invasión plasmódica. No obstante no recobra del todo su tono órgano ni sus tensiones normales.

Exposición. - Epidermis. - Acentuación de su corriente color moreno. No muestra sin embargo manchas oscuras en boca ni en otras mucosas.

Aparato respiratorio. - Dianea á la marcha.

Aparato digestivo. Anorexia, hipoclorhidria, pesadez gástrica. Hígado un tanto agrandado, á los datos de percusión y palpación y algo sensible á estas maniobras. Bazo hipertrofico (Nº II de Boyd.).

Aparato circulatorio. - Astenia cardio-vascular con hipotensión en cifras ya consignadas anteriormente; mareos con alguna frecuencia.

Sistema nervioso. - Depresión psíquica, irritabilidad; mal sueño

Sistema urogenital. - Normal.

Los datos de laboratorio que conservamos de ella en aquel tiempo fueron:

Sangre. -

Recuento globular.

Hematies en un mm³ de sangre.....3.400.000.

Leucocitos " " " " " 4.700.

Plaquetas74.000.

Serie roja.

Hemoglobina..... 83 %.

Valor globularAproximado á la unidad.

Velocidad de sedimentaciónModeradamente aumentado. En la primera hora18 mm ; en la segunda 14 mm .Índice de Katz = 18 más $\frac{14}{2}$

2

$\frac{25}{2}$ - 12,5 mm.

Anisocitosis, poliquilicítosis ; policromasiadiscrета.

----Fórmula Leucocitaria.----

Polinucleares neutrófilos	61	<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Mielocitos I Juveniles 4 Cayados 7 Segmentados 49 </div> </div>
" eosinófilos	1	
Linfocitos grandes	4	
" pequeños.....	17	
Basófilos	1	
Monocitos	16	

100

Tiempo de sangría7 minutos.

" de coagulación9 " .

Observaciones y comentarios. -

Este caso es una repetición más de los otros que hemos referidos y con analogas características de insuficiencia

cia glandular de las suprarrenales , originadas , al menos este es nuestro criterio por la noxa palúdica , de un modo escueto , por ser evidente la parasitación en sus dos tiempos de primo-infección y de recidiva primaveral y al mismo tiempo no vislumbrarse ningún indicio de otra infección , así como de procesos tóxicos , traumáticos etc que pudieran explicarlo . (ausencia de fiebre , silencio clínico y serológico del hígado , reumatismo etc) .

Una última observación cabría hacer á la vista de las historias clinicas precedentes y es que sorprende el que ^{en} todos nuestros enfermos afectos de insuficiencia suprarrenal malárica ,ya haya sido esta más ó menos grave ,se echa de ver que el causante del trastorno y de las lesiones haya sido preferente sino exclusivamente el Pl .falciparum

No es pues esta variedad palúdica ,tan solo gravemente agresiva por las alteraciones vasculares de orden encefálico y meníngeo ,que á menudo ocasiona ,con grave peligro de los atacados (puede decirse ,que en realidad los accesos perniciosos mortales se deben achacar casi ,por no decir que exclusivamente á la ~~haverania~~ malariae ,con exclusión de los Pl ,vivax y Pl .malariae ,que casi nunca suelen ocasionar estas graves y á veces fatales lesiones) sino tambien por esta selectiva afinidad que parece tener por el tejido glandular de las adrenales tan esenciales ~~para~~ tambien para el vivir y sobre todo para el buen vivir.

BIBLIOGRAFIA especial de este capítulo.

GIMENEZ DIAZ ,GUIJOSA y RUBIO " Anales de la clinica -4- 637 -1931.

MARANÓN ,FERNANDEZ DE LA CRUZ y COLLAZO-Med Ibera -885-1934.

MARANÓN ,COLLAZO y MOREIRAS -Archivos de Medicina y Cirugia-723-1935.

E.ROMEO VELASCO " La insuficiencia suprarrenal en las enfermedades infecciosas .: Med clin 1944.-

--CAPITULO V--

158

-----PALUDISMO Y DIATESIS HEMORRÁGICA-----

El observar con alguna frecuencia episodios hemorrágicos de distintos órdenes y de las más variadas localizaciones (púrpuras, epistaxis, gingivorragias, equimosis, gastrorragias, melenas, etc) al compás de una infección malarica nos ha movido a presentar aquí unos cuantos casos, con sus historias clínicas, unos, por fortuna leves, otros más sombríos y aun cuando amenazadores, todavía corregibles y otros, por desgracia, incontenibles, y determinantes del "exitus letalis".-

Todo ello, claro es, relacionado fundamentalmente con una hipovitaminosis C y K y factor P (permeabilidad vascular) provocado a la parasitación.-

JULIANA MARTIN BRAVO.- De 22 años de edad, casada, natural de Cabezuela del Valle (Gáceres). Un hijo que se cría bien.-

4 de septiembre de 1.943 a 7 de abril de 1.944.-

Antecedentes familiares o hereditarios.- Su padre alcohólico, murió de hemorragia cerebral.- Su madre vive y está sana; tres hermanos viven sanos y en buen desarrollo.-

Antecedentes patológicos personales.- Nació a término.- Crianza mercuraria por mamear mastitis doble su madre.- No obstante discurrió con toda normalidad, obteniendo el desarrollo ponderal y estatural de su edad.- En la infancia sarampión y varicela, sin que tanto uno como otra le hayan dejado secuelas morbosas.- Menarquia a los 14 años; bien reglada.-

Enfermedad actual.- El día 4 de septiembre de 1.943 la diagnosticaron en el Dispensario Antipalúdico de Cabezuela, unas fiebres de tipo laveránico, que la trataron con quinina.- Como desapareciera los accesos y ella se encontrara restablecida, no volvió a tomar medicación alguna.-

Al año siguiente, una vez fijada definitivamente su residencia en esta localidad acude a nuestro servicio oficial del Dispensario el 7 de abril de 1.944 en razón de volverla las fiebres con idénticas características que en su primo-infección.- Además ayer tuvo una alarmante hemorragia

159

uterina, sin hallarse embarazada (sin asomo pues de aborto) ni corresponder al su menstruó, que tuvo hace diez días.-Presente también dos ~~anien~~ales, uno de los cuales asienta en la cara anterior del muslo derecho en su tercio superior y el otro en la ~~pan~~terior del vacío derecho.-Se encuentra muy pálida y agotada y ha perdido de peso.-

Se la toma sangre en gota gruesa y frota y hallamos algunas semilunas, con lo que queda confirmado su paludismo anterior.-

Exploración.-Piel y mucosas.-Palidez acentuada y los dos hematomas de que ya nos dió cuenta la enferma en el interrogatorio.-

Aparato respiratorio. Taquipnea al esfuerzo.-Algún estertor y roncus diseminando por el ámbito pulmonar izquierdo sin significación patológica.-

Circulatorio.-Taquicardia de 90 á 95 al minuto.-Refuerzo de tonos cardíacos, mareos.-

Digestivo.-Mucosas bucal y faringéas pálidas.-Estomatitis.-Anorexia, pesadez y replección gástrica.-Hígado y bazo se palpan destraveses de dedo por debajo del reborde costal (Bazo II de la escala de Boyd).-

Génito -Urinario.- Vagina edematosa y muy sensible.-Cuello de matriz edematoso y congestivo, y todo el útero muy doloroso, aun sangra.-Polakiuria con escozor a la terminación de la micción.-

Locomotor.- Dolorimiento de articulaciones y epifisis de huesos largos.

Nervioso.- Cefaleas, neuralgias, ensueños y pesadilla.-

Ante esta estampa clínica, se la vuelve a prescribir quinina a la dosis de un gramo diario durante quince días y otro gramo en días alternos durante treinta más.-Al término de esta medicación se la completa con cuatro centigramos diarios de plasmoquina durante cinco días seguidos. Se la prescribe además Metranodinaserono a gotas, como hemostático, calcio Sandoz, mezclado con Cebión Merck fuerte, y a continuación Anemiol Ibis alternando con vitamina K (Kaergona).-Se la recomienda asimismo régimen abundante de verduras y frutas frescas (limones, naranjas, tomates, uvas, etc).-

Sus datos de laboratorio fueron:

Orina.-Nada anómalo tanto en sus elementos bioquímicos como en el sedimen-
to.-

Sangre.- --Recuento globular--

Hematíes en un mm³ de sangre..... 3.700.000.-
Leucocitos id. id. de sangre..... 4.300.
Plaquetas..... 52.000.-

--Serie roja--

Hemoglobina..... 65%
Valor globular.....Aproximado a la unidad.-
Anisocitosis,poiquilocitosis,anisocromia,policromasia ligera.-
Tiempo de sangría o hemorragia..... 7 minutos.-
id. de coagulación.....11 id.

Velocidad de sedimentación.-En la primera hora 14 mm, en la segunda 8 mm
Índice de Katz.= $14 \text{ más } \frac{18}{2} = \frac{23}{2} = 11,5 \text{ mm.}$ -

2

----Fórmula leucocitaria.-

Polinucleares neutrófilos.....	52	} Mielocitos 2 Juveniles 5 Cayados 7 Segmentados...38
id. eosófilos.....	1	
id. basófilos.....	1	
Linfocitos pequeños.....	25	
id. grandes.....	7	
Monocitos.....	13	
Cédulas de Rieder.....	1	
	<u>100</u>	

Nota: Los signos de Rumpel Leede y Hecht fueron positivos.-

Resultado:Curación y recobro de la normalidad.-

Observaciones y comentarios.-Parece claro que tanto la metrorragia, como los hematomas que se manifestaron en la enferma a raíz de su recidiva laveránica fueron provocados por esta infección, tal vez en terreno previamente abonado, por un estado de avitaminosis, incubada durante la larga latencia de este proceso, así como por el déficit vitamínico de su régimen alimenticio habitual, pues según nos informó la paciente, era poco aficionada a las verduras y frutas, que casi nunca le apetecían.-Es tanto más verosímil este supuesto cuanto se ha podido desechar en ella el aborto, pólipos uterinos, endometritis, miomas, molavesicular, epiteloma etc. También se excluye la sífilis por acusar negatividad de Wassermann y demás reacciones serológicas complementarias y no haber padecido nunca abortos, ni muertos recién nacidos, etc.-

MANUEL SANCHEZ DEL VALD.-

~~fin~~ De 13 años de edad, natural de Jarama de la Vera (Cáceres) 4 de Mayo de 1943. á 9 de Septiembre de 1943.

Antecedentes familiares ó hereditarios .- Su padre padece desde hace varios años trastornos mentales del tipo maniaco depresivo. (durante uno de ellos intentó formalmente el suicidio por arma blanca, originándose herida cortante en la región cervical, no consumando el hecho por sorprenderle en el acto un familiar) . Su madre sana . Sus hermanos desmedrados y raquíticos .

Antecedentes patológicos personales .- Nació á término, si bien con escaso desarrollo (47 cm de estatura y 2.700 gramos de peso) . Lactancia mixta por padecer su madre á raíz del alumbramiento mastitis en ambos pechos alternadamente . Se hace distrófico y raquítico cerrando tardamente sus fontanelas ; la erupción dentaria peremosa y tardía é irregular, rosario raquítico costal, piernas en paréntesis y tarda en echarse á andar y en hablar más de lo acostumbrado . Algunos episodios de espasmo filia . El resto sin importancia .

El día 4 de Mayo de 1.943 viene acompañado de su madre á nuestro servicio anti palúdico con motivo de unas fiebres que se le iniciaron en forma de terciana y luego se le quedan en diarias . Se le inician con escalofríos, se acompañan de excitabilidad neuro-muscular y se despiden con sudor copioso . En uno de los accesos se iniciaron convulsiones que no llegaron á generalizarse .

Está abatido, triste, muy pálido asténico, anoréxico ; ha perdido de peso . Le duelen las epífisis de los huesos largos y algunas articulaciones . Ha sufrido una epistaxis que se reparó con taponamiento con gasa empapada en agua oxigenada pura.

En su gota gruesa y frotis semañifestan abundantes esquizontes de Pl .vivax. Por repudiar el tratamiento standart de atepé de nuestro servicio (en esta como en otras ocasiones no disponíamos de quinina en comprimidos) se le prescriben unos inyectables de quinina (á los que dicho sea de paso, no somos muy propicios) y se continua luego con este mismo preparado en comprimidos á ladasis diaria de un gramo durante diez días, seguido de otro gramo diario por espacio de veinte días, pero en forma alterna . (en total veinte gramos del alcaloide) .

Con esto desaparecen sus fiebres y mejora aún cuando no del todo, pues conserva su palidez, astenia, anorexia . Es de advertir que su régimen alimenticio ha de jado mucho que desear desde el punto de vista carencial . Se le recomienda Nat na antihemorragica Llopis á las comidas en comprimidos . Discurre parte del verano en precaria situación sin acabar de reponerse.

A las 6 horas, en la madrugada del 7 de Septiembre del propio año, nos requieren urgentemente para asistirle encontrándole en un deplorable estado de prostración y decaimiento á consecuencia de un violento acceso febril (40,3°) con intenso calor y fuerte dolor de cabeza sobre todo en región frente-nasal, seguido de abundante epistaxis de ambas fosas nasales y petequias y equimosis difusas y diseminadas por cara y tronco y algunas, más raras en extremidades. No se ha registrado ningún trauma explicativo de estas hemorragias. Se le toma sangre en gota gruesa y frotis, acusando anillos de *Pl. vivax* y gametos de *Laverania malarie* (semilunas) lo que nos evidencia una de dos cosas: Una reinfección, por cuanto en su primo-infección no hallamos más que el *Pl. vivax*, ó el que fuera desde primer momento una infección mixta.

Cabe un tercer supuesto y es que se tratara desde su inicio de una infección por *trópic* y nosotros equivocadamente diagnosticáramos los anillos vistos, como de *Pl. vivax*. Desde luego nos inclinamos por la hipótesis de que el enfermo se reinfectara por *Laverania*, una vez pasada la latente de *Pl. vivax*, habida cuenta de la rareza de haber adquirido la *Laverania* en el mes de Mayo época, no la más propicia para esta clase de inoculaciones.

Dada su precaria situación y en el supuesto de su insuficiencia digestiva en aquel trance angustioso, con la difícil absorción que es de prever en estas circunstancias, se le prescriben inyecciones de biclorhidrato de quinina, neutro por vía endovenosa, Sanocel C, coaguleno Ciba y zumo de limón. En los días siguientes continúa febril, con temperaturas alrededor de 38,5 á 39° con fuerte cefalalgia é intranquilidad, que hacen necesario ponerle hielo en cabecera. Á veces le duele también el vientre.

Exploración: Tegumento externo.— En cara y extremidades algunas petequias y equimosis no muy extensas, la hemorragia nasal no corregida del todo, por á veces de la ventana nasal izquierda fluye líquido serosanguinolento. En boca mucosa congestiva y en algunos puntos, así como en las encías, pequeños focos úlcero-neuróticos; en el resto de la piel, palidez acentuada.

Aparato respiratorio.— Taquipnea, algún que otro estertor, y sibilancias discretas.

Circulatorio.— Tonos cardíacos apagados, ^{señal} ~~funcional~~ funcional muy tenue en focos aórtal y pulmonar (No existen antecedentes reumáticos, ni infartos, ni sepsis proveniente de focos amigdalinos, dentarios, de senos etc.); ligera distensión de carótidas, taquicardia de 120 á 130 al minuto; mareos.

Digestivo.— Mucosa bucal y faringea edematosa y de aspecto sangrante, gingivorragias; anorexia. Hígado y bazo hipertroficados (fase III de Byrd). Dolor abdominal difuso y ligero, pero que se exagera de vez en cuando.

Génito -Urinario.- Indicio de albúmina ; no edemas .

Aparato locomotor .- Dolor á lapresión de algunas epífisis de huesos largos y en algunas articulaciones de las extremidades .

Nervioso .- Cefalealgia intensa, que hace necesario sedante y bolsa de hielo en cabeza.

El día 9 de Septiembre á las 48 horas de haberse iniciado el síndrome hemorrágico , se reproduce el dolor de vientre , ahora de un modo violentísimo é intenso , que hace necesario prescribirle un inyectable de apalmagane Roche que le calmay apacigua , aún cuando no del todo . Seguidamente expulsa en forma de melena una abundante cantidad de sangre , que nos obliga á inyectarle Saero Haym con adrenalina por vía endovenosa (para elevar el tono vascular muy deprimido y evitar el colapso periférico) en cantidad de 300 c.c. Á continuación se le inyectan ~~200~~ 200 c.c. de plasma sanguíneo , también por vía endovenosa . Se lapropone á la familia una transfusión de sangre , pero en el instante de hallarnos efectuando la determinación del grupo sanguíneo entraen colapso con un pulso filiforme inconstable y arritmico , que no se corrige á pesar de la coramina y cafeína que se le inyecta y sin habla y apenas conocimiento y una relajación é hipotoníavascular y muscular extrema , seguidamente fallece .
Datos de laboratorio que se pudieron obtener en los dos días que estuvimos viendo y tratando su gravedad :

Sangre.

Recuento globular.

Hematies en un mm³ de sangre2.500.000.
Leucocitos 2,700
Plaquetas..... 52.000.

Serie roja.

Hemoglobina49 %
Valor globularAproximada á 1 unidad.
Anisocitosis , poliquillocitosis , anisocromia ; policromasia.
Signos de Rumpel Leede y Hecht francamente positivos .
Tiempo de hemorragia ó sangría.....25 minutos .
" de coagulación34 "
Velocidad de sedimentación .Moderadamente aumentada .Indice de Kats- 17mm

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	57	}	Mielocitos	3
" eosinófilos	2		Juveniles.....	4
" basófilos	1		Cayados	7
Linfocitos pequeños.....	22		Segmentados	43
" grandes.....	6			
Monocitos	11			

Células de Rieder.....I

100.

Observaciones y comentarios.— Discriminando la causa del ~~plasmódico~~ episodio hemorrágico quedeterminó el óbito en este enfermo, hemos de ~~mantener~~ en un proceso ulcerativo de estómago ó de intestino por no ser habitual en esta temprana edad de la vida y no tener historial que abonara este supuesto. Lo mismo decimos por lo que se refiere á un hipotético proceso embólico en el sentido clásico del concepto, por cuanto no existía una endocarditis que avalara este criterio. El que tanto en uno como en otro de estos procesos apuntados se dan conjuntamente la enteritis ó gastrorragia con el dolor súbito no quiere decir nada concluyente en nuestro caso.

Más bien pudiera enjuiciarse como un estado escorbutoide latente y exacerbado por el plasmódio. Esto pudiera estar fundamentado por su avitaminosis (indicios de la cual aparte de su régimen alimenticio deficiente en principios vitamínicos, lo sería la impronta clínica que presentaba á nuestro examen, con las ulceraciones y necrosis bucales, las glagivorragias, las hematomas del tegumento externo etc.).

Pero nosotros desde nuestro enfoque parasitario pudieramos aventurar la opinión de que se tratara de una embolia parasitaria, esto es específicamente palúdica, de las arterias mesentéricas repletas de plasmódios ó tal vez que el estado escorbutoide al que nos hemos referido anteriormente lo hubiera espoleado el nematodo hasta desencadenar ese temible disturbio sanguíneo.

Por otra parte no lo queremos achacar á rotura de vaso ni hemorragia parenquimatosa de hígado porque aparte de no haber dado sintomatología para ello, el dolor hubierase residenciado en los respectivos cuadrantes topográficos de estas vísceras.

Sea de ello lo que quiera, lo que sí es demostrativo, es la conexión estrecha entre su proceso plasmódial y la discrasia hemato-vascular.

MAXIMO JIMENEZ CRUZ.- De 11 años de edad, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres)
16 de Mayo de 1.943, a 17 de abril de 1.944.-

Antecedentes familiares o hereditarios.- Su padre alcohólico y aórtico, su madre sana.- Tres hermanos sanos y con buen desarrollo.-

Antecedentes patológicos personales.- Eugenesia y crianza materna normal.-
Buen desarrollo en estatura y peso, acompañados a su edad.- En la infancia las enfermedades eruptivas de esta época de la vida, sin que hayan dejado anomalía alguna.-

Enfermedad actual.- Nos consulta por vez primera el 16 de mayo de 1.943 porque desde hace una semana le dan calenturas que empezaron en forma alterna para luego quedarse en cotidianas.- Se inician con frío intenso, castañeteo de dientes, cefalalgia fuerte y gran sudoración terminal; le quedan muy agotado.- Se encuentra muy pálido y sin apetito.-

Se le hace gota gruesa y frotis y en ambos se comprueban abundantes formas anulares y ameboides de Pl. vivax.-

Le tratamos con Atepé a la dosis de tres tabletas diarias, una a cada comida con abundante cantidad de líquido, para mejor tolerancia.- Desaparecen las fiebres y mejora del estado general merced a la terapéutica coadyuvante del Optarson Bayer, Phosphoarrhenal Robert con hierro, alimentación sana y reposo.-

La exploración nos dió los siguientes resultados:-

Tegumento externo.- Tinte pálido de piel y mucosas.-

Aparato respiratorio.- Disnea de esfuerzo y algún roncus sin significación patológica.-

Circulatorio.- Taquicardia (90 a 95 al minuto) algún que otro mareo.-

Digestivo.- Anorexia, pesadez; estomatitis.- Hígado y bazo hipertrófico (bazo nº II de Boyd).

Génito-Urinario.- Polaquiuria durante los accesos, nada anormal en orina, no acusa edemas.-

Aparato locomotor.- Dolorimiento en las articulaciones y en algunas epifisis.-

Nervioso.- Cefalea, sueño intranquilo, con pesadillas.-

Otra vez acude a la consulta el siguiente año el 17 de abril de 1.944 porque nuevamente le han vuelto las fiebres con análogos caracteres de las anteriores y además alarmados el enfermito y sus padres porque al mismo tiempo orina sangre (unos 100 c.c. en dos veces).-Se le repite la hematoscopia encontrando en gota gruesa y frotis teñidos por el método de Giemsa gametocitos de Pl. vivax.-Insistimos otra vez en el tratamiento de Atepe en idéntica forma y dosis que en su primer ataque parasitario y se le adiciona inyectables de Cebión y Kaergona (calcio, vitaminas C y K) y Nateine Llopis antihemorrágica en comprimidos y régimen alimenticio en que entren en gran proporción vegetales y frutas frescas sobre todo limones, naranjas, tomates, uvas, etc.- Con esto desaparecen los accesos y se corrige definitivamente su hematuria, que hasta la fecha no ha vuelto a reproducirse.-

Los datos de laboratorio, que de el conservamos fueron:

Orina.- Nada anómalo ni en sus componentes bio-químicos ni en el sedimento.-

SANGRE.-

---Recuento globular---

Hematíese en un mm3 de sangre..... 3.700.000
 Leucocitos, en un mm 3 de sangre..... 5.200
 Plaquetas..... 74.000

--Serie roja---

Hemoglobina..... 67%
 Valor globular. Aproximado a la unidad.-
 Anisocitosis, poikilocitosis, no policromasia.-
 Rumpel Llede y Hecht, moderadamente positivos.-
 Tiempo de sangría o hemorragia..... 25 minutos.-
 id. de coagulación..... 34 id.

Velocidad de sedimentación.- Ligeramente acelerado.- En la primera hora 14 mm en la segunda 18 ,,, Índice de Katz = $\frac{14 \text{ más } \frac{18}{2}}{2} = \frac{23}{2} = 11,5 \text{ mm.}$

--Fórmula leucocitaria.--

Polinucleares neutrófilos.....	61	}	Mielocitos.....	1
id. eosinófilos.....	3		Juveniles.....	7
id. basófilos.....	0		Cayados.....	14
			Segmentados..	39
Células de Rieder	0			

Linfocitos pequeños.....	17
id. grandes.....	8
Monocitos.....	<u>11</u>
	100.--

Observaciones y comentarios.- El no acusar este enfermo síntoma alguno de afección renal, sin edemas, ni albúmina ni glucosa en orina, ni cilindros, ni hemtales (fuera del periodo hemorrágico) ni plocitos, ni parásitos, ni hipertensión, ni dolor de trayecto, ni cristales en el sedimento. (calculosis) y el poder eliminar la sospecha de fiebre hemoglobinúrica por no haber sido tratado en su primo-infección con quinina, nos hace pensar en proceso de cistitis hemorrágica netamente palúdica, teniendo en cuenta que la micción sanguinolenta se acompañaba de un vivo dolor en hipogastrio, indicándonos contractura del musculo detruso vesical, siendo de notar que la sangre, según nos referen el enfermo y su madre, salía a la terminación de la micción.- Claro es que la hemorragia fué favorecida por un previo estado de hipoavitaminosis, trombopenia, hipocalcemia etc factores que influyen decisivamente en el fenómeno de la coagulación sanguínea y tal vez conjuntamente un estado de fragilidad vascular. (angiopatía).-

GIGNIO LOSADA MARTIN - De 7 años de edad, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres) 4 de Octubre de 1.944 a 17 de mayo de 1.945.-

Antecedentes familiares o hereditarios - Su padre alcohólico, su madre sana; tres hermanos sanos y fuertes.-

Antecedentes personales. - Nació a término.- Desarrollo estatural y general normal, así como el cierre de fontanelas y la erupción dentaria.- A los tres años sarampión, a los siete escarlatina.- Como consecuencia de este último proceso estuvo durante algún tiempo con edemas de maleolos y muy pálido e irritable según nos cuenta la madre.- Es posible que ello obedeciera a una nefritis escarlatinosa, ocasionada por el estreptococo.-

Enfermedad actual. - Acude por primera vez a nuestro consultorio oficial del Dispensario el 4 de octubre de 1.944 por unas fiebres que se establecieron desde un principio con carácter octidiano.- Se la presentan con intenso calofrío, gran cefalalgia y terminan con profusa sudoración.- Se encuentra muy pálido, anéxico y desnutrido; duerme mal.-

En hematoscopia apreciamos numerosas formas anulares de *Pl. falciparum*.- En razón de ello se le pone tratamiento a base de 0,75 gramos diarios, en tres tomas de 0,25 gra. cada una durante diez días seguidos y seguidamente otros 0,75 gramos diarios en días alternos durante veinte días más (en total quince gramos de medicación) y a continuación dos centigramos diarios de plasmoquina por espacio de cinco días seguidos.- Se le prescriben además, para remediar sus déficits orgánicos y funcionales vitamina C (octamican) y Anemiol Ibis y plan alimenticio de gran contenido vitamínico.-

Desparecen las fiebres y mejora de su estado general, recobrando fuerzas y apetito y mejor coloración.-

A pesar de esto al año siguiente el 17 de mayo de 1.945 se presenta acompañado de su madre nuevamente en nuestra consulta del Dispensario porque le han vuelto las calenturas, le duele mucho la cabeza, con vómitos alguna que otra vez, sobre todo durante la subida de la fiebre, se encuentra muy pálido, desnutrido y con aspecto de gran caquexia.- Sobre todo ello desconfía en es-

te síndrome, con la justa alarma de sus familiares, la expulsión durante una micción de sangre en alguna cantidad (unos 50. c.c.).- Hoy por la mañana se ha vuelto a repetir el suceso a lo que se le ha concedido más importancia.-

Se reitera el análisis hematológico y encontramos semilunas.- Esto nos hace suponer que en su primo-infección no llevó a cabo completamente el tratamiento no se lo recomendamos a su madre.-

En vista de lo cual repetimos idéntica terapéutica, pero ahora, vigilamos personalmente la curación, que efectivamente se hace regladamente.-

Su exploración nos proporcionó los siguientes datos:

Tegumento externo: Palidez acentuada.-

Aparato respiratorio.- Taquipnea, sin duda por la anoxemia derivada de su anemia.-

Circulatorio.- Taquicardia de 100 pulsaciones al minuto.- Ligera danza de carótidas, cianosis labial, mareos.-

Digestivo.- Anorexia, pesadez y lentitud digestiva, aun siendo escaso el contenido de sus comidas.- Hígado ligeramente agrandado, Bazo hipertrófico N° III de la escala de Boyd.-

Génito-Urinario.- Polaquiuria, escozor a la micción, orinas turbias.- Hematuria ostensible a la terminación de la micción, con dolor en el globo vesical.-

Sistema nervioso.- Irritabilidad, insomnios y ensueños con pesadillas sombrías.-

Sus datos de laboratorio fueron:

Orina: Fuera del período de hematuria, y cuando la orina se expulsa limpia nada anormal, tanto en sus componentes químicos, como en el sedimento.-

--Sangre--

---Recuento globular---

Hematíes en un mm ³ de sangre.....	2.900.000
Leucocitos.....	3.700
Plaquetas.....	75.000

----Serie roja----

Hemoglobina..... 57%

Valorglobular.....Aproximado a la unidad.-

Anisocitosis, poiquilocitosis, policromasia.-

Tiempo de sangría o hemorragia..... 11 minutos.

Tiempo de coagulación..... 17 id.

Velocidad de sedimentación globular.-En la primera hora 14 mm, en la se-

gunda 20 mm. Índice de Katz $\frac{20}{14} = \frac{24}{18} = 12$ mm.

Signos de Rumpel Leede y Hessl, moderadamente positivos.-

-----Fórmula leucocitaria.-----

Polinucleares neutrófilos.....	52	}	Mielocitos....	2
id. eosinófilos.....	3		Juveniles.....	5
id. basófilos.....	1		Cayados.....	7
			Segmentados.....	38
Linfocitos pequeños.....	25			
id. grandes.....	7			
Monocitos.....	12			
Células de Rieder.No se han visto				
	100			

Resultado: Curación, sin que hasta la fecha haya experimentado el menor tra-
torno.-

Observaciones y comentarios.- Una recidiva más de laverania por haber omi-
tido las tomas de plasmoguina.-

Aparte de eso un caso al parecer de cistitis hemorrágica por paludismo, si
tenemos en cuenta su evidente parasitación laveránica, con primo-infección
y recidiva y, con exclusión de procesos físicos y iústicos de este tramo
(análisis de orina negativo y reacciones serológicas de lues también ne-
gativas) así como de calculosis urinaria, ausencia de pólipos, tumores, etc.
Tan solo se pudiera haber pensado en la fiebre hemoglobinúrica, pero en
esta la sangre hubierase manifestado en todo el transcurso de la infección
y no exclusivamente a la terminación.-Aparte de que por regla general no
va acompañada de dolor tan topográficamente acusado y además con sangre de
un color más bien achocolatado.-

171

plasmoquina que contiene (de 0,005 gr. por tableta) lo que le califica de insuficiente gametocida, o tal vez por insuficiente absorción etc.-

Por lo demás el mecanismo del "exitus letalis" fué sin duda semejante a otros de este cariz, por posible embolia parasitaria de las arterias mesentéricas o estado escrobutoide provocado por el plasmodio o agigantado, si ya previamente existía, por éste.-

Pudiera pensarse también en una púrpura de Menoch, de tipo gastrointestinal pero faltan para encastrarlo en este proceso, los dolores reumatoideos, urticaria etc.-

Se de ella lo que quiera, lo que si aparece ser evidente es la conexión íntima entre su ataque laveránico y para mejor decir su latente parasitismo, puesto su evidencia por su recidiva y al estallido de su disturbio hemático.

V.F. M.- De 17 años de edad, natural de Jarama (Chócoros) -4 de Septiembre de 1944 -7 de Julio de 1945.-

Antecedentes familiares .- Su padre padeció de cirrosis hepática por etilismo. Su madre murió de intervención quirúrgica por mioma uterino. Cinco hermanos restantes, al parecer, sanos.

Antecedentes patológicos personales .- Hacia término. Lactancia materna correcta, buen desarrollo estatural y ponderal. Aparte de las enfermedades eruptivas propias de la infancia no cuenta nada de particular en su haber patológico.

Enfermedad actual . Data del 4 de Septiembre de 1944. En este día acude a nuestra consulta oficial del Dispensario Antipalúdico por que hacia seis a siete días que tenía calentura, que se inició en forma alterna y luego se quedó en cotidiana y más bien de forma continua permanente, pues apenas remite en todo el día /no obstante hay momentos en que se exacerba, con gran dolor de cabeza, vómitos y malestar general. Se piensa se pueda tratar de un proceso malarial. Estímulo quebrantada, con gran palidez y pérdida de peso. Aun en hepato y esplenomegalia como de dos traveses de dedo por debajo del rebordo costal. (Bazo Mide Boyd).

Se lapracticó gota gruesa y frotis, los cuales nos muestran monontes de Pl. falciparum en alguna abundancia.

Se laprescribe Atept a la dosis habitual, esto es, de tres comprimidos diarios, uno a cada una de las principales comidas, con abundante cantidad de líquido, para mayor dilución y tolerancia.

Desaparecen las fiebres y merced a interapfética coadyuvante de Solarón Bayer, Cebión Merck y Phosphorhenaal Robert (este último por vía oral; los demás por vía paraternal) mejora acentuado de sus trastornos post-palúdicos.

Exploración.-Piel y mucosas.- Tanto pálido muy ensusado.-Enteritis.

Aparato respiratorio.- Algún roncus muy diseminado. Taquipnea que reputamos debida a la anoxia y consiguiente excitación del núcleo vagal del suelo del cuarto ventrículo por exceso de CO₂.

Circulatorio.- Taquicardia.- Soplo funcional aórtico, con danza de carótidas (no tiene antecedentes reumáticos, ni sífilíticos). Mareos de vez en cuando.

Digestivo.- Anorexia, repleción gástrica, vía con comidas escasas; enteritis. Hígado y bazo hipertroficados (Nº II de la punta de Boyd).

Ónito-Urinario.- Ligeros indicios de albúmina, ligeros edemas maleolares

que achacamos á su estado anémico y tal vez por hipoproteinemia .

Locomotor .--- Dolor á la presión en articulaciones y en algunas epífisis; gran cansancio.

Sistema nervioso .-- Cefalalgias muy persistentes .--

Después de este episodio de inicio de su enfermedad , aún cuando desaparecen las fiebres y mejora algún tanto , según nos cuentan los familiares, no llega á recuperarse totalmente, quedandola un estado de psicastenia , palidez y anorexia .

Así las cosas , el día 7 de Julio del siguiente año (1.945) somos llamados urgentemente para asistir á la enferma que repentinamente pfrece un cuadro de extrema gravedad , encontrándola con hipertermia de 40,7² , fuerte dolor de cabeza , semiconsciencia , pués apenas responde á nuestro interrogatorio. Presenta gran des hematomas , como cardenales , diseminados en todo el hábito exterior ; uno en la cara, en el lado izquierdo , otro en el vacío del mismo lado , otros dos en el costado de este lado y otros dos más pequeños asentados sobre el muslo derecho y otro en la pierna derecha.

En vista de su precario estado que demandaba una rápida actuación procedemos á ponerle bolsa de hielo en cabeza , se la inyecta suero Hayem y cafeína, pués su estado amenazaba colapso y además dos ampollas de coaguleno Ciba .

Inmediatamente nos trasladamos al Dispensario para llevar á cabo la investigación en la gota gruesa y frotis tomados de la enferma y previa tinción Giemsa Leishmann encontramos semillunas en regular proporción (una ó dos por campo de microscopio). Acto seguido volvemos á la cabecera del lecho de la enferma á quien inyectamos 0,50 gramos de biclorhidrato de quinina con un miligramo de adrenalina (un c. c. de la solución al milésimo.) por vía endovenosa , con ánimo de repetirla por la tarde , en el deseo de conjurar aquel peligrosísimo trance y proseguir en días sucesivos con la misma medicación por vía oral y reultimar con plasmoquina . Rápidamente nos disponemos á efectuar transfusión sanguínea , pero no nos da tiempo , pués cuando apenas terminamos de explorar á la enferma , esta nos acusa un fuerte dolor abdominal y seguidamente arroja una gran cantidad de sangre , en enterorragia , que pone fin á esta trágica escena , pués súbitamente la enferma entra en colapso terminal , sin que nuestros esfuerzos terapéuticos nos concedan ningún positivo resultado.

De los frotis y demás pruebas hematológicas llevadas á cabo antes de su fallecimiento obtenemos los siguientes datos:

<u>Sangre</u> .--	<u>Recuento globular.</u> -----
Hematies en un mm ³ de sangre.....	2.050.000 .
Leucocitos " " " de "	4.000.
Plaquetas " " " de "	74.000.

-----Serie roja.-----

Hemoglobina47 %
Valor globular Aproximado á la unidad.
Anisocitosis, poiquilocitosis, anisocromia, policromasia.

Signos de Rumpel Leede y Hecht, positivos .

Duración de la sangría hemorragia25 minutos

" de la coagulación34 "

No se llevó á cabo la investigación de la velocidad de sedimentación hemática.

----- Fórmula Leucocitaria .-----

Polinucleares neutrófilos	52	}	Mielocitos ....4
" eosinófilos	2		Juveniles .....7
" basófilos.....	1		Bayados.....11
			Segmentados...30

Linfocitos pequeños 27

" grandes 11

Monocitos 7

No hallamos células de Rieder.

100.

Observaciones y comentarios.- Esta enferma que habia sido infectada el año anterior por la verana, y que por consiguiente el síndrome que condujo al fin óbito fué una recidiva, bien demostrada por la presencia de semillanas en la póstuma preparación que pudimos ~~estudiar~~ estudiar, mantuvo un parasitismo latente, sin duda debido á una relativa ineficacia del Atepsé, como acontece en algunos casos, sobre todo por lo que hace referencia á la escasa cantidad de plasmoguina que contiene (de 0,005 gr por tableta), lo que le califica de insuficiente gametocida; ó tal vez por insuficiente absorción etc.

Por lo demás el mecanismo del " exitus letalis " fué sin duda semejante á otros de este caria, por posible embolia parasitaria de las arterias mesentéricas ó estado escorbutico provocado por el plasmodio ó agigantado, ya previamente existía, por éste.

Pudiera pensarse también en una púrpura de Henoch, de tipo gastrointestinal pero faltan para encuadrarlo en este proceso, los dolores reumatoideos, urticaria etc.

Sea de ello lo que quiera, lo que si parece ser evidente es la conexión íntima entre su ataque laveránico y para negar decir su ~~latente~~ latente parasitismo, puesto en evidencia por su recidiva, y el estallido de su disturbio hemático

E.B.L.- De 22 años, soltera, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres) 7 de Agosto de 1.945.- 475

Antecedentes familiares o hereditarios.- Su padre murió de esclerosis renal en la que tuvo su principal parte el alcoholismo.- Su madre con anexitis fí-mica del lado izquierdo y ptosis uterina, vive en precario estado de salud. Sus hermanos, en número de seis, viven, al parecer, sanos y fuertes.-

Antecedentes personales patológicos.- Nació a término, crianza materna; buen desarrollo.- A los tres años sarampión del que la quedó una otitis doble con semisordera y estado de alelamiento.- Hace cuatro años, colitis.-

Enfermedad actual.- Hace diez o doce días que empieza a tener fiebre, alta que se inicia en forma de terciana y luego se estabiliza en diaria, con escalofrío, temblor, gran agitación neuromuscular y sudoración profusa terminal. Se encuentra muy postrada, pálida y desnutrida.-

Se la practica gota gruesa y se encuentran numerosas asquizontes de *Pl. falciparum*.-

Se la empieza a tratar con Atepé, pero ante la intolerancia de este compuesto se la somete a la dosis diaria de un gramo de bisulfato de quinina durante quince días seguidos, que no llega desgraciadamente a cumplir puesto que al cuarto día de tratamiento y cuando ya había remitido al menos al parecer la intensidad de la parasitación, puesto que hacía descendido la fiebre alrededor de 37,5° subitamente sufre un dolor abdominal intenso, que hace preciso los sedantes que apaciguan y calman a la enferma.- No obstante el séptimo día cuando parecía que íbamos obteniendo alguna pequeña mejora inopinadamente la repite el dolor abdominal de un modo terebrante intensísimo, como de puñalada, en el vacío izquierdo, seguido de una melena abundantísima.- Se la inyecta rápidamente calcio Sandoz, mezclado con Cebión Merck, coaguleno Ciba, Kaeggona Ibis, Suero Hayem abundancia, plasma sanguíneo endovenoso, por no disponer de momento de sangre "ad hoc" para transfundir, y se la pone bolsa de hielo en vientre.- Al propio tiempo un inyectable de atropaver.- Se intenta nuevamente buscar donantes de sangre homólogos para hacer transfusión (dos se habían desechado por incompatibi-

lidad por ser de diferente grupo sanguíneo y no disponer de sangre conservada de L O (donante universal) y en este trance, se vuelve a repetir la enterorragia, aun más abundante que la primera, y con ella entra fulminantemente en colapso periférico mortal.-

En este punto es bueno consignar, para la enjuiciación etiopatogénica del caso, que la previa alimentación de esta paciente era harto deficiente en vitaminas, por cuanto era refractaria a las verduras y frutas, siendo su alimentación preferida la leche, de la que tuvo que prescindir cuando estuvo afectada de colitis, en este periodo se alimentaba casi exclusivamente de sopas y carne.-

Además y aun cuando no aparecen consignados antecedentes maláricos parece según datos recogidos post mortem que en el otoño anterior estuvo con unas fiebres, durante algunos días que cedieron a la quinina, que ella, por su exclusiva cuenta tomó.- Esto ilustra, un tanto, el desenlace brusco y un poco desconcertante, al mostrarse aparentemente como derivado de un ataque primario de laverania, cuando en realidad, a buen seguro, se trataba de una recidiva.- Sin duda esta malaria latente, que pasó inadvertida, trabajó fraguando un proceso altamente anemizante y avitaminósico que preparó el terreno, para desencadenar el inextinguible episodio hemorrágico y con él el fatal desenlace.- Su exploración durante los días de enfermedad nos proporcionó los siguientes datos:

Tegumentos externo.- Dos horas antes de sufrir la primera enterorragia, dos grandes equimosis asentado, una sobre el hemitorax izquierdo en su plano posterior y otra en el tercio superior del muslo derecho en cara anterior.- Esto nos puso en guardia, ante la incontingencia de una hemorragia interna, como seguidamente aconteció.- No ictericia.-

Aparato respiratorio.- Taquipnea, tal vez por anoxemia y excitación vagal por el CO₂ de la anemia.- Algún estertor y roncos y sibilancias discretas.-

Circulatorio.- Taquicardia de 120 pulsaciones al minuto.- Soplo funcional anémico (por disminución de la viscosidad sanguínea) en punta y foco pulmonar.- Ligeros mareos de cuando en cuando.-

Digestivo.-Mucosa bucal y faringea congestivas y hemorragiparas, encías sangrantes; algunas sufusiones sanguineas recubiertas de un caparazon negroceo.

Hígado tres traveses por debajo de reborde costal y bazo nº III de Boyd)

Génito-Urinario.- Poliuria abundante los accesos.-No existen edemas de maleolos, ni de gárpados.-

Locomotor.-Dolorimiento de algunas articulaciones que estaban hinchadas,- Dolores en epifisis de huesos largos.-

Nervioso.- Cefalalgia intensa.-

Los datos de laboratorio, en las investigaciones llevadas a cabo, en el breve interregno de su extrema gravedad fueron los siguientes:

---Sangre--- ---Recuento globular---

Hematies en un mm3 de sangre.....	2.500.000.
Leucocitos. en un id. id.....	3.400
Plaquetas.....	57.000

---Serie roja---

Hemoglobina.....0,47%

Valor globular. Aproximado a la unidad.-

Anisocitosis, poikilocitosis, policromasia.-

Rumpel Leede y Hecht positivos.-

Duración de la hemorragia o sangría 26 minutos.-

Duración de la coagulación sanguinea 34 minutos.-

Velocidad de sedimentación globular hemática.-En la primera hora 18 mm; en

ls segunda 24 mm. Índice de Katz = $18 \text{ más } \frac{24}{2}$

$$\frac{\quad}{2} = \frac{30}{2} = \frac{4}{2} = 15 \text{ mm.}$$

---Fórmula leucocitaria---

Polinucleares neutrófilos	61	{	Mielocitos...4
id. eosinófilos.....	2		Juveniles...7
id. basófilos.....	1		Cayados.....9
			Segmentados..41
Linfocitos pequeños.....	17		
id. grandes.....	7		
Monocitos.....	11		
Células de Rieder.....	1		

Observaciones y comentarios..- Ante este cuadro de extrema gravedad, que terminó rápidamente con la existencia de nuestra enferma, por copiosa hemorragia interna, de no haber existido un diagnóstico hemoparasitario evidente de la verania, con la casi seguridad de ser una recidiva, lo que es equivalente a una latencia parasitaria siempre dañina y a veces peligrosa, por socavar insidiosamente la capacidad defensiva del organismo, se hubieran ofrecido algunas interpretaciones.- Se podía dispensar en un principio en una septicemia a juzgar por la subida hipertermia y las ulceraciones gingivo-bucales y faríngeas; también por una leucemia, sino se hubieran desechado por el examen hematológico y el resto de la sintomatología clínica.- Igualmente a una embolia mesentérica por cardiopatía (aquí si cabría referirla tal vez a la malaria).-Y más que nada a una rotura de bazo por infarto de este órgano.- Asimismo a una púrpura gastrointestinal de Henoch (falta para ello la urticaria, los dolores reumáticos etc).

Nosotros más verosimilmente lo achacamos a un estado escorbutoide, ya latente por su avitaminosis alimenticia, a la que nos hemos referido y que el plasmodio acabó de completar por agotar las escasas reservas que de estos principios vitales conservaba la enferma.- En síntesis: un estado carencial absoluto que ante la brutal agresión de la recidiva laveránica permitió una incontenible enterorragia terminal.-

TEODORO GIMENEZ LOPEZ .- De 43 años de edad , natural y residente en Jaral de la Vera (Cáceres). casado , de oficio carrero .- 17 de Agosto de 1947 á 16 de Abril de 1948.

Antecedentes familiares ó hereditarios .- Su padre murió de reblandecimiento cerebral . Su madre vive y está sana . Cuatro hijos fuertes y robustos .

Antecedentes patológicos personales .- En la infancia nada anómalo digno de referirse . A los 22 años neomonia , de la que quedó totalmente resabiada . Desde entonces nada patológico de importancia .

Enfermedad actual .- En 17 de Agosto de 1947 fué diagnosticado en nuestro servicio antipalúdico de la veranización malarial , que se trató tan solo por quinina , pues antes de terminar las dosis prescritas de este medicamento se fué de viaje sin que volvieramos á verle en la consulta .

En 16 de Abril de 1948 varios accesos febriles , que se iniciaron con poca intensidad , pero con desgano , palidez , cefalegia etc hasta el día de ayer en que le acometió un violento calofrío , con fiebre alta , excitabilidad neuromuscular y sudoración profusa . Al mismo tiempo dolor intenso en región hipogástrica , seguido de micción sanguinolenta . Desaparecido el dolor continuó , obstante orinando sangre . No hatenido nunca cálculos , ni expulsado arena . Viene á consultarnos privadamente y creyendo en lógica que la hematuria pueda estar relacionada con sus fiebres , al parecer palúdicas , por sus conmemorativos del anterior año , le tomamos gota grasa y frotis y previa tintación con Giemsa comprobamos numerosos esquistosomas de la veranización malarial . Le tratamos con Atepa á las dosis habituales en nuestra consulta . Al propio tiempo se le inyectó Cebión Merck combinado con calcio Sandos en inyección endovenosa y Kaergon 1 bis y se le recomienda Mateina Liofil per vias orales . Se le instituye un plan alimenticio con predominio de alimentos de gran contenido vitamínico [limones , naranjas , tomates , uvas etc .

Mejora y no vuelve á tener contratiempo alguno . Un mes se le explora riñón con análisis completa de orina y no se encuentra nada anormal .

Su exploración nos proporcionó el siguiente resultado :

Tegumento externo .- Tinte pálido , algunas Petequias como cabezas de alfiler y algunas discretas equimosis .

Aparato respiratorio .- Nada anormal .

Circulatorio .- Taquicardia de 100 al minuto , refuerzo de tonos cardiacos , ligera cianosis labial . Soplo funcional anémico en región mesocárdica ; ligera danza de carótidas .

Digestivo.-

Mucosa bucal y faringea congestivas, pesades digestiva. Hgado y bazo se palpan por debajo de los reberdes costales respectivos. (bazo II de Boyd).

Génite-Urinarie.- Abundante hematuria que le dura 24 horas. No hanotado se le hincharan ni maleolos, ni párpados.

Locomotor.- Dolorimiento en algunas articulaciones.

Nervioso.- Cefalalgia; algunos dias aqueja neuralgia suboccipital.

Tensiones arteriales. Máxima 15 mm; mínima 7mm.

Análisis de orina.- Previa defecación con subacetato de plomo, no se encuentra nada patológico (cilindros, nematios, plocitos etc en el sedimento). No albúmina, ni glucosa en el líquido. Tampoco se hallan cristales en el sedimento. Sus otros datos de laboratorio fueron:

Sangre.-----Recuento globular.-----

Hematies en un mm³ de sangre.....2.700.000.
Leucocitos " " " " " 4.300.
Plaquetas 57.000.

-----Serie roja-----

Hemoglobina0,52

Valor globular Aproximado ala unidad.

Anisocitosis, poliquillocitosis; ligera policromasia.

Tiempo de sangria ów hemorragia 22 minutos.
" " coagulación sanguínea 25 "

Velocidad de sedimentación sanguínea. En la primera hora 20 mm; en la segunda 28 mm. Índice de Kats = $\frac{20 \text{ más } \frac{28}{2}}{2} = \frac{34}{2} = 17 \text{ mm.}$

Signos de Rumpel Leede y Hecht, positivos.

-----Fórmula Leucocitaria.-----

Polinucleares neutrófilos.....	57	} Mielocitos 2 Juveniles 5 Cayados.. 7 Segmentados 43.
" eosinófilos.....	0	
" basófilos.....	0	
Linfocitos pequeños.....	25	
" grandes.....	5	
Monocitos.....	13	
No se hallan células de Rieder.		

100.

Observaciones y comentarios.- El no hallar nada específico en el arbol urinario (fisiarenal, calculosis, polipos, etc) y el ser tan evidente su paludismo laveránico nos hace pensar como en otros enfermos ya estudiados que la malaria ha sido la causa ocasionante ó por lo menos desencadenante

carenciales escorbúscidos, que dió origen á la hematuria. No creemos se trate de una púrpura, por no hallar urticaria, dolores reumatoideos, ni otras manifestaciones sindrómicas de estos procesos.

JUSTASIA HERRERA SIMÓN .- De 22 años de edad , casada , natural y residente en Jarais de la Vera (Cáceres) .- 28 de Agosto de 1948 á 7 de Abril de 1949

Antecedentes familiares y hereditarios .- Su padre murió de tuberculosis renal ; su madre de cáncer de recto . Sus hermanas gozan de buena salud. Dos hijos que tiene presentan buen aspecto.

Antecedentes patológicos personales .- Nació á término con peso y talla normales . Lactancia materna sin grandes trastornos . A los tres años sarampión , á los siete tos ferina , de los que salió sin consecuencias patológicas . Menarquia á los 15 años , con menstruaciones normales en su periodicidad , abundancia y duración .

Enfermedad actual .- Acude al Dispensario el 28 de Agosto de 1948 por unas fiebres que viene padeciendo desde la semana anterior . La acometida con intenso calor y con una sudoración terminal muy profusa que la quedaban extenuada ; se encuentra muy pálida . Se le toma sangre en frotis y gota gruesa que muestran numerosas formas anulares de *Pl. falciparum* . En razón de ello se la somete á tratamiento de Ateps á las dosis habituales en nuestra consulta dispensarial . (siete días seguidos á tres tabletas diarias , una á cada comida , con una abundante cantidad de líquida , para su mejor tolerancia .

Exploración clínica. Piel y mucosas. - Palidez acentuada .

Aparato respiratorio .- Fosas nasales normales , sin pólipos , ni otras alteraciones de cornetes ni de mucosas . Dificultad al subir pendientes y al menor esfuerzo , dependiente de la anorexia por anemia , con excitación bulbar en los núcleos del vago (suelo del cuarto ventrículo) .

Circulatorio .- Taquicardia , soplo funcional anémico , mareos , aún cuando muy discretos y espaciados .

Digestivos .- Anorexia , pesadez y replección gástrica . Hígado y bazo hipertroficados (bazo II de la escala de Boyd .)

Génito - Urinario .- Polaquiuria durante los accesos . No edemas .

Locomotor .- Doloramiento general de las articulaciones , astenia y fatiga muscular .

Nervioso .- Cefalalgia intensa , sueño intranquilo y con visiones terroríficas . Se curan las fiebres . Mejora de sus achaques hasta el 7 de Abril del año siguiente , en que vuelve al Dispensario en razón de que reaparecen los accesos , con sus clásicas características que en su primer infección , y además porque ayer en la algarabía de la fiebre , á continuación de un fuerte dolor fronto-nasal , se la pro-

senta una abundantísima epistaxis que tardó en cohibirse á pesar del tapenamiento con gasa empapada en ~~agua oxigenada~~ solución de adrenalina al milésimo, inyectables de Zinema Baldaci, coaguénico Ciba etc; se puso además hielo en cabeza.

Nuevamente procedemos al análisis hematoscópico, hallando semilunares.

En estas condiciones varíamos su tratamiento ordenando tome un gramo diario de bisulfito de quinina, durante quince días, seguido de otro gramo diario del mismo preparado durante veinte días más (en total veintinueve gramos del alcaloide) y ultimamos con cuatro centigramos diarios de plasmoguina durante cinco días seguidos.

Al propio tiempo se la inyecta Anemioi Ibis, alternando con Kaergona de la misma casa, para terminar con inyectables de Ascorbical. Se la recomienda tome una alimentación abundante en verduras y frutas frescas variadas (tomate, plátanos, limones, naranjas, ~~max~~ uvas etc.).

Resultado .- Curación y reparación de su déficit hemático. No han vuelto las hemorragias.

Sus datos de laboratorio.-fueron;

Sangre.-

Recuento globular.-

Hematies en un mm³ de sangre 3.700.000.
Leucocitos " " " " 4.700.
Plaquetas 70.000.

--Serie roja.--

Hemoglobina 61 % .
Valor globular.....Aproximado á la unidad.
Anisocitosis, poliquillocitosis, anisocromia; no policromasia.
Rumpel Leede y Hecht, apenas perceptibles.
Duración de la hemorragia ó sangría 17 minutos .
" de la coagulación sanguínea..... 25 " .
Velocidad de sedimentación .En la primera hora 10 mm; en la segunda 16 mm .
Indice de Katz . = $\frac{10 \text{ más } \frac{16}{2}}{2}$ = $\frac{18}{2}$ = 9 mm.

-----Fórmula Leucocitaria.-----

Polinucleares neutrófilos.....	61	} Mielocitos .1 Juveniles ..4 Cayados ....7 Segmentados 49.
" eosinófilos.....	1	
" basófilos.....	0	
Linfocitos pequeños	17	
" grandes	7	
Monocitos	14	
No se han registrado células de Rieder.		
		100.

Observaciones y comentarios.- Este como, los precedentes casos similares -
descritos ,muestran una diátesis hemorrágica ,fundamentada primordialmente po
dos factores : Uno predisponente ,el factor carencial ó hipovitaminósico de
C y K y factor P ,creando un terreno propicio ,y el otro la parasitación malarí
rica ,determinante ó desencadenante ,por su acción extenuante y coagulativa ,
energizante ,del disturbio hemorragiparo .

Otros varios casos ,de una y otra variedades á los estudiados ,hemos podido
aducir igualmente ,pero el no caer en repetición enojosa ,por lo íata ,evitan-
do el excesivo volumen del trabajo ,nos ha impulsado á silenciarios .

Como resumen critico de estas estampas clinicas ,precedentemente anali-
zadas hemos de convenir que ,la mayor parte de ellas ,sino todas, son encu-
drables en algunos de los apartados siguientes :

Transtornos hemo-vasculares dependientes de una alteración :

Angiopáticas

Trombopáticas

Plasmapáticas.

Endocarditis lenta
Escaranto Barlovv.
Enfermedad de Schoen
lein-Henoch.
Enfermedad de Rendu-
Osler .
Infecciones ó intoxi-
caciones.-

Enfermedad de VvBrieff.
Leucemias y agranulocite
mia .
Atrombias .
Infecciones ó intoxica-
ciones .

Hemofilias.
Pseudo -hemofilias
de las homopatas.

Guiandonos por este esquema ,susceptible de modificación ,incluimos estas
distintas hemorrágicas en el tipo predominantemente angiopático.
La primordial deficiencia en vitamina C y factor P á consecuencia de un r
gimen pobre en estos elementos ,origina una alteración del endotelio capilar
que ,á su vez ,influye en las virtualidades del plasmasanguíneo .
Hay que pensar ,por otra parte ,que aún cuando las plaquetas sean suficiente
en número (150-160.000.) no hallándose rebajadas al punto critico que Frank
situa alrededor de 30,000 y Duke de 75.000 ,pueden sin embargo ,estar alt
das y con función anormal ,por mecanismo de índole germinativa ; ó tambien
defecto cuantitativo ó cualitativo de vitamina K ,explicativo de esta defec-
tuosa coagulación .
La reacción leucémica (leucemolde) seria ,tal vez ,la expresión de una m
la ,alterada ó herida ,que reacciona de un modo anómalo.
Para pensar en leucemia aguda ó en una leucemia mieloides aleucémica hubiera
sido preciso contar en la fórmula leucocitaria con mayor cantidad de mieloc
tos ~~neutrófilos~~ ,sobre todo en sus formas juveniles ,pero el hallar tres ó
cuatro mielocitos neutrófilos ,no basta ,á nuestro juicio ,para sentar sen
jante diagnóstico ,pues en los casos de verdadera leucemia estas formas jóv
nes suelen predominar de un modo ostensible (hasta un 50-70 % del total .).
En el caso particular de fisiopatología ascorbática que comentamos ,el sistema he
matopoyético ya previamente sensibilizado ,por estar empobrecido el organiz
mo en vitamina C y tal vez de K y afectado los factores de permeabilidad(P)

maduración y plaquetario por la agresión malarica, cayó al fin malherido, dando lugar al disturbio hemorrágico.

Es decir que la anemia primaria de orden alimenticio y no posthemorrágica se agigantó con la infección palúdica, que modificó las condiciones bioquímicas de la sangre, acentuando la hipovitaminosis ya latente y alterando el endotelio vascular. Esto mismo, pero en mayor escala, aconteció en los casos ya referidos, de una mayor peligrosidad, que, en algunos, permitió sin embargo la recuperación, y en otros, mas desafortunados, determinaron el óbito.

Buscando en la escasa bibliografía de que hasta el momento se dispone sobre este particular, anotaremos que Laveran (1.901.) habiaya acusado la presencia de ulceraciones bucales en muchos casos de paludismo.

Davidowski las atribuye en un caso en que coexistían con una púrpura, también fatal, á la asociación escorbuto-malárica.

Otros, Agapor, Danialasakia - Zachnovakia ó Ingratov observaron y refieren una epidemia de estomatitis úlcero-hemorrágica en niños de la región del mar de Azov y Negro (Diciembre de 1.934) y en ellas se dió la singular coincidencia que habían padecido, todos ellos de paludismo reciente.

En gran número presentaban conjuntamente con las lesiones úlcero-hemorrágicas de boca, palidez intensa de mucosas ~~hugakipaxx~~ y de piel. Asimismo hipertrofia de hígado y bazo. Varios casos se afectaron gravemente. Explican la aparición de estas mortificaciones de las encías y mucosa bucal por obliteración de los capilares por los hematozoarios, verdaderas embolias parasitarias, que entorpeciendo el normal riego sanguíneo, permitirían la exaltación en virulencia de la flora bacteriana, que de este modo encontraba campo abonado para agredir impune á todo el ámbito bucal.

También Ciavaldini, Palm y Lentinney en Argelia han puesto de manifiesto estas gingivorragias palúdicas.

Igualmente le han merecido á Leriche que en 1.940 se dió cuenta de estas estomatitis úlcero-hemorrágicas en el curso de algunas afecciones palúdicas, particularmente en las recidivantes.

Asimismo Stolte - Stopp y Schroeder opinan lógicamente que una infección palúdica ó incluso de otro orden, en un organismo con hipovitaminosis C latente puede desencadenar un déficit vitamínico intenso abocando rápidamente á un cuadro clínico escorbutoide, plenamente carencial. De tal modo que diversos factores patógenos llegan á producir cuadros patológicos, algunos verdaderamente alarmantes, cuando se dan en enfermos con gran déficit ó carencia previa de vitamina C.

Esto es lo que explica, por otra parte, esas mejorías espectaculares, que veces se obtienen, con la conjunción verdaderamente feliz, de la terapéutica

antipalúdica y vitamina C (C y K singularmente).

Paludismo y Estados convulsivos.-

El niño, sobre todo en sus primeras edades, tiene una tendencia constitucional predispuesta a las convulsiones.-Muchas son las causas;Esbozaremos las principales para entrar luego de lleno en la tetania:.-

1ª.-En los trastornos nutritivos.- Son típicas las convulsiones que aparecen en el curso de los trastornos nutritivos crónicos(bien sean de su causa alimenticia o infecciosas)

La profunda alteración del metabolismo orgánico e inorgánico y especialmente las grandes pérdidas de líquido explican suficientemente las alteraciones nerviosas.-Estas convulsiones llamadas "terminales" por Thiemich se deben según a cambios en el estado de inhibición de los coloides, bajo la influencia de una intensa osmosis de los tejidos como parece indicarlo la frecuente presentación en estos casos de edemas cerebral y de la pia madre.-

2ª.-Convulsiones para infecciosas.- La frecuente respuesta con convulsiones de los niños a los procesos infecciosos cualquiera que sea este nos hace así aunque en realidad su causa no está en la enfermedad infecciosa en sí, sino en la hipertemia de cierta altura que ella provoca.-Su mecanismo de producción es el siguiente:La hipertemia excita el centro respiratorio y consiguientemente se produce una polignea y excesivo desprendimiento de CO₂ con el subsiguiente estado alcohólico responsable de las convulsiones.-Cualquier infección (o parasitismo) para el caso es igual)capaz de producir hipertemia originará este tipo de convulsiones (otitis,amigdalitis,neumonía, piuria,etc.)

Queremos señalar aquí que las convulsiones epileptiformes y a veces precedidas de somnolencia que se presentan en algunas formas de tos-ferina grave no deben incluirse en este apartado ya que son debidas la mayor parte de las veces a una complicación encefalítica (por lo común de sombrío pronóstico).

3ªConvulsiones de las meningitis y encefalopatías.- Sabemos que en la meningitis serosa existe una forma aguda o convulsiva.-Entre las formas supuradas de lepto-meningitis agudas las hay, sea cualquiera de etiología de eva-

lución agudísima y entre las que las convulsiones dominan la escena sobre las formas convulsivantes agudas de Reiliet y Barthes. En la meningitis tuberculosa hay una forma ecláptica en la que el sistema dominante es la convulsión.-

En toda forma de meningitis la causa de ella estriba en el edema cerebral.

3ª.- En las encefalopatías.- La encefalitis letárgica en las post-infecciosas y en las post-vacunal se presentan convulsiones, siendo la causa también del edema cerebral.-

Las convulsiones que acusan los niños recién nacidos hay que referirlas siempre a las hemorragias intracraneales.-El parto normal puede significar un traumatismo de tal importancia que de lugar a hemorragia intercraneal, pero esta se produce enormemente en los prematuros (en los que la falta de madurez en el desarrollo del esqueleto craneal, la delgadez y fragilidad de los vasos son factores predisponentes) y en los partos distócidos con aplicación de forceps, partos prolongados etc en los que el traumatismo es mayor y más aun la anestesia actúan favoreciendo esta hemorragia cerebral.-

En el síndrome de Walterhouse-Friederich (apoplejía) aparecen convulsiones generalizadas como primer síntoma; la autopsia demuestra en todos estos casos extensas hemorragias subdurales y el cuadro de una púrpura cerebral.-

En el caso de una nefritis hemorrágica pueden aparecer convulsiones debidas al edema cerebral originado por la brusca subida de la tensión arterial (por el mismo mecanismo se producen la enfermedad de Feer).-Sin embargo en pediatría es difícil encontrar unas convulsiones de causa y origen nefrítico ya que en la edad de la eclampsia son muy raras las nefritis graves como enfermedades independientes.-

Otro grupo de convulsiones son aquellas que se presentan con ocasión de un golpe de calor como ocurre en un baño caliente, incubadoras sobrecalentadas, envolturas flafotéticas excesivamente prolongadas, en lactantes que habitan en verano en casas muy calientes y a quienes se les arroja exco-

sivamente.-Su patogenia es idéntica que en los casos ya referidos de hipertemias (excitación del centro respiratorio, polipnea, hiperventilación pulmonar, excesivo desprendimiento de CO₂, y alcalosis).-

Otra serie de convulsiones se da en los niños afectados de trombosis del seno longitudinal que se presenta con relativa frecuencia en la primera infancia y que suele ser consecuencia de gastroenteritis graves, septicemias, erisipales, neumonía, sarampión, tuberculosis, etc).-También es responsable en estos casos el edema cerebral consecutivo.-

Otro grupo de convulsiones son las que se presentan en la hidrocefalia, tanto aguda, como crónica, (tumores cerebrales, malformaciones craneales y cerebrales) etc. Preséntanse asimismo convulsiones en los casos de hipoglucemia, entrando dentro de esta patogenia además de los casos ya conocidos por tratamiento de insulina etc el de los vómitos acetónicos en los cuales que además de la existencia de acetona y ácido diacético en orina encontramos en sangre una hipoglucemia.-

De cierto interés en pediatría aun cuando ya raro por fortuna merced al desarrollo de la higiene, es el tétano del recién nacido que tiene como puerta de entrada la herida umbilical que se traduce, claro es, por convulsiones típicas, primero escasas y sin aumento de excitabilidad refleja, más adelante frecuentes y provocadas por los estímulos más ligeros.-

Otro grupo de convulsiones son aquellas provocadas por la anoxemia, jugando esta el principal papel y es el caso de los niños afectados de cardiopatías.-

Intoxicaciones como la saturnina, alcohólica, por la estricnina, opio, santonina, venenos de setas, y otras toxinas vegetales también desencadenan convulsiones.-

Asimismo son de mencionar las convulsiones de los estados anafilácticos (enfermedad del suero) las que se presentan en la rabia, en los quistes hidatídicos, en los tumores y quistes cerebrales y con los medicamentos del grupo del alcanfor.-

Un gran número de convulsiones caen dentro de estos dos grandes apartados: La espasmofilia y la epilepsia.-La epilepsia, aun cuando se estime lo contrario no es en modo ~~alguna~~ raro en la infancia; en realidad es sintomática de lesiones cerebrales, bien traumáticas, encefalitis o bien desconocidas.-La ausencia de signos de tetania latente, la aparición en los tres primeros meses de la vida en los que faltan aun los sintomas de raquitismo abonan en favor de la epilepsia.-Nos queda por ~~el~~ fin el gran grupo de la espasmofilia sobre cuya patogenia sabemos que se debe a disminución del calcio ionizado hemático encargado de moderar la hiperexcitabilidad nerviosa con disminución por lo tanto del cociente $\frac{\text{calcio}}{\text{fosfórico}}$.-

Esta disminución del calcio ionizado se da en los casos de alcalosis, bien por excesiva administración de bicarbonato sódico en el niño, o bien a la inversa por exceso de administración de fosfatos o ácido fosfórico pues al aumentar la fosfatemia disminuye el calcio e incluso la calcemia;

Se da también en una infección pues los vómitos que origina puede determinar la alcalosis pero además la fiebre según hemos dicho precedentemente origina una hiperventilación pulmonar que acarrea un desprendimiento grande de CO2 desplazándose la reacción hacia la alcalosis disminuyendo el calcio ionizado.-Por eso en la tetania hay una calcemia de 8-7 y hasta cifras más bajas de miligramos por 100.-

Bibliografía.- FEER--FILHENS TAIN--GLAZMANN.-
MARSHON (Diagnóstico etiológico) BERGMAN STALIN
BRUCH.-

Es indudable que es factor constituciones, terreno o predisposición juegan un papel importante en el desarrollo del ataque convulsivo, es espera de que factores externos a la cabeza de ellos las noxas infectivas puedan completar el mecanismo de su producción.-

Asi al menos Foester en la ponencia que sobre epilepsia leyó en Septiembre de 1926 en el Congreso de Neurología.-

En ese magnífico estudio él nos hace ver con cuanta frecuencia en la producción de las convulsiones epilépticas en un mismo individuo actúan a la vez

arias noxas irritantes (agentes patógenos que obran como estímulos para provocar el ataque).-

formuló así mismo la tesis de excepcional importancia para la admisión del terreno constitucional o predisposición de que noxas iguales de la misma localización e idéntica intensidad y duración de un individuo conducen inexorablemente al ataque y en otras no.-

Con esto se admite el factor constitucional como elemento de importancia esencial entre las causas de la epilepsia pero no limitada y circunscrita a la epilepsia genuina "si no extendido a las restantes y afines enfermedades convulsivas en general.-Y este es nuestro caso de las convulsiones despertadas por la malaria por su solo influjo en algún caso aislado; en los más por la cooperación de determinadas circunstancias.-

Con esta síntesis del pensamiento neurológico, con la decisiva valoración por el terreno constitucional que aporta el enfermo quedó libre el camino para realizar aquella antigua exigencia de Rudin formulada por él en su ponencia genealógica sobre la epilepsia y que se puede ampliar sobre el otro grupo de enfermedades afines convulsivantes con sus propias palabras "El grito de guerra no debe ser: aquí la herencia, allí las otras causas, sino ambos factores.-Y del mismo modo que se borró la separación rigurosa entre lo genuino y en lugar del rígido principio "o una cosa u otra apareció la cuestión planteada por Rudin y Reichardt en 1923. ¿Cuanto es debido a la predisposición y cuanto a las influencias externas?.-

En este amplio concepto de Kehrler en su contribución al tomo suplementario de Levvandoski ha reunido estas experiencias.-De ellas se deduce claramente en primer lugar que es prácticamente insostenible la separación entre lo orgánico y lo funcional o psicógeno por lo que atañe al ataque.-

De las experiencias de esta época ampliadas después por Lange, Guttman etc prosede la epilepsia reactiva de Bonhffer, la epilepsia funcional de Sicli la decisión de Kraepelin de incluir el ataque convulsivo histérico entre las formas de la reacción espasmódica del cerebro.-

Esto nos indica que en terreno predispuesto la malaria, como otros procesos infecciosos o tóxicos son enfermedades convulsivantes variando su influjo según la hipertermia que la cepa parasitaria produzca en maridaje con el dispositivo neurovegetativo del enfermo.-

Claro es que cuando faltan las de carácterísticas constitucionales favorecedoras del ataque si este a su pesar se produce hay que contar con la acción de noxas irritativas epileptógenas especialmente graves.-

Las constituciones o diátesis o enequéticas se distinguen especialmente por el sistema nuclear de la perseverancia o adherencia.-

La constitución enequética es una unidad somato-psíquica que ha quedado detenida en una fase del desarrollo cerebral que por consiguiente no se ha diferenciado.-

El tipo enequético es lento de constitución grosera (displásico) pobre de estructura y amorfo.- Parecido aunque distinto al enfermo de lóbulo frontal.-

En este no obstante se verifica la aparición paulatina y gradual de pérdidas déficit circunscritos, así como la estentificación y el embrutecimiento.-

Bibliografía.- Foerster O: Die Pathogenese des epileptischen character zbe Ner 64-K 11/11- 1.926.-

Dr.F.Mauz"La predisposición a los ataque convulsivos."

ludismo cerebral no mortal.-

194

-Es de observación tan frecuente y casi vulgar en el ambiente palúdico sorprender ataques convulsivos sobre todo en la infancia, a causa de la parasitación palúdica análoga, en esto, a otras clases de parasitaciones, por ermes etc, que el traerlo a este lugar solo está justificado para desligar-
o de estos, y, también de síndromes neurológicos con los que pudiera confundirse desmintando al clínico para una pronta y eficaz terapéutica, aparte de
e su especial gravedad que a veces ha conducido al "exitus letalis" bien
undamentada su comentario y estudio.-No obstante sería prolijo y engorroso
montonar casos que no harían sino constituir repetición de cuadros de la
sma significación y fisonomía, por lo que vamos a concretarnos a la descrip-
ión de unos cuantos, ahorrando al lector de la fatiga consiguiente de los
enés contados por el mismo estilo.-

Francisco Hernández García - 5 años, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres)
7 de junio de 1.933.-

Antecedentes familiares -Sus padres sanos.-Otros dos hermanos con paludismo
de ellos ha presentado trastornos semejantes al que aquí se describe.-
Antecedentes personales.- Nació a término, lactancia mixta bien tolerada,
eso talla normales a su edad. (La lactancia mixta fué motivada por la esca-
ez de leche de la madre) Sierre de la fontanelas en su época apropiada.-
o ha padecido ataques hasta ahora, sarampión a los tres años, sin que de esa
fección se haya derivado ninguna tara.-
Enfermedad actual -Hace varias tardes que tiene fiebre que se inicia con calo-
río y temblor y vómitos; le pasa pronto, previo sudor profuso; empezaron de
orma alterna, luego se han sucedido diariamente.-Está muy pálido, desnutrido,
in apetito.-
e han requerido apremiantemente por que le ha dado un ataque con privación
e conocimiento, convulsiones primero tónicas y más tarde clónicas, que le
edan como envarado y rígido, en una verdadera furia motora sin orden ni
concierto, golpeándose violentamente.-

En estas circunstancias se le explora encontrándonos:

Niño muy pálido, caquéctico, con facies de viejo, con pómulos salientes y con muchas arrugas. -Tórax con parrillas constal en relieve, totalmente descarnado pero sin rosario raquíptico. -Contratas con esta delgadez, vientre muy abultado, como de batracoo debido a la hipertrofia de hígado y bazo (Nº III de la escala de Boyd). -

Aparato digestivo. - Vómitos por acidosis momentánea, por acción refleja vagal, provocada por la hipertemia. -

Respiratorio. - Taquipnea, algun roncoco y sibilancia sin significación patológica.

Circulatorio. - Soplo funcional anémico apexial, ligera danza de arterias. Taquicardia de 130 al minuto con irregularidad, depresibilidad del tono vascular. -

Ligera dosis (cianosis). -

Génito-urinario. - Fin interés especial. - Ligera albuminaria en la orina expulsada durante el acceso, luego desaparece. -

Sistema nervioso. - Hasta el momento de ataque nada han notado sus padres aparte de un ligero dolor de cabeza de vez en cuando y perturbación en el sueño, que le tenía agitado, con pesadillas. -

Durante el ataque convulsiones tónicas y clónicas, estereotipadas. - Practicamos gota gruesa y frotis y hallamos numerosos esquizontes de Pl. vivax, se le prescribe una pauta terapéutica consistente en dos comprimidos de Atepe diarios durante siete días por vía oral, uno después de cada comida, con abundante cantidad de líquido paradiluir. - Se le adiciona para completar su tratamiento y corregir su déficit nutritivo y su estado carencial extracto hepático y calcio con vitamina C (Calcio Sandoz mezclado con Cebión Merck). -

Su análisis hematológico nos dió las siguientes cifras:

---Recuento Globular y tasa de Hemoglobina---

Hematíes.....3.500.000 en un mm3 de sangre. -

Leucocitos..... 4.000

Hemoglobina..... 67%

Valor glabular. -Aproximado a la unidad. -

nismocitosis, pouquilocitosis, polieromasia, anisocromia moderada

tiempo de coagulación..... 9 minutos.-

tiempo de sangría..... 7 id.

velocidad de sedimentación.-A la primera hora.. 7 mm; en la segunda 14 mm.

$$\text{Índice de Katz} = a \text{ más } \frac{b}{2} = \frac{7}{2} \text{ más } \frac{14}{2} = \frac{14}{2} = 7$$

---Fórmula leucocitaria,---

Polinucleares neutrófilos.....	52	}	Mielocitos.....	0
id. eusonifólos.....	2		Juveniles.....	2
id. basófilos.....	1		Cayados.....	7
			Segmentados.....	43
Linfocitos pequeños.....	27			
id. grandes.....	7			
Monocitos.....	<u>11</u>			
	100			

No se ven células de Rieder.-

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.- La negatividad de lues hereditaria, y la ausencia de tetania, espasmofilia, hipocalcemia, parasitosis intestinal y la evidencia de su infección palúdica, exigen que admitamos a ésta, como la causa eficiente de estado eclámpico o convulsivo.-

197

Petra Hernández García.-7 años.-Jaraiz de la Vera, 17 de agosto de 1.937.-

Antecedentes familiares.-Sus padre sanos, un hermanito con paludismo.-

Antecedentes personales.-Nació a término.-Lactancia mixta por escasez de leche de su madre; bien tolerada.-

Peso y talla los propios de esa edad.-Cierre de las fontanelas en su tiempo normal.-No ha padecido ataques hasta ahora.-Sarampión a los cuatro años, a los cinco varicela.-De ninguna de estas infecciones quedó tarada.-

Enfermedad actual.-El día 7 de julio se nos presenta en la consulta del Dispensario acompañada de su madre por padecer una calentura de tipo intermitente con calafrío intenso, gran subida de temperatura, terminando con sudoración profusa.-Durante el acceso la niña se muestra muy intranquila y excitada; se halla muy desnutrida, pálida sin fuerzas, sin apetito, duerme mal.-Algunas veces se acompaña la fiebre de vómitos, la mayor parte con bilis.-

En el propio Dispensario la sorprende un ataque convulsivo que alarma a los asistentes a la consulta que me requieren en vista de la delicada situación de la enfermita que se encuentra sin conocimiento.-Acto seguido procedemos a la exploración que nos proporciona los siguientes datos:

Niña muy pálida, desnutrida en la que se ha borrado de su hábito externo el pemiculo adiposo, con vientre de batracio, muy abultado, por el relieve de sus vísceras abdominales, sobre todo bazo e hígado.- (Esplenomelagia nº II de Boyd).-

Aparato digestivo.- Vómitos, biliosos sin duda por acidosis momentánea debida a la hipertermia o por acción vegetal refleja; incontinencia de heces relajación esfinteriana durante el acceso.-

Génito-Urinario.-Relajación del esfínter vexical durante el acceso con abundante poliuria.-

Respiratorio.- Disnea, por la hipertermia, algunas sibilancias.-

Circulatorio.-Taquicardia de 130 al minuto, toncos irregulares, cianosis labial.-

Sistema nervioso.- Desde que empezaron las fiebres, intranquilidad con

198

sueño perturbado por pesadillas.-Durante el ataque pérdida del sentido, convulsiones, primero tónicas y seguidamente clónicas.-Estrabismo-Vómitos tal vez de origen cerebral (mejor dicho bulbal).No rigidez de nuca,ni Kernig,ni Brudzunski,exaltación de reflejos.-En punción lumbar líquido céfalo raquídeo transparente,sin albúmina ni citología anormal.-Noguchy Pandy y Nonne el negativos,asi con la reacción de benjui coloidal.-

En la investigación hemoparasitaria mediante gota gruesa y frotis se evidencia una infección por P. vivax con fórmulas amurales múltiples.-

Se le prescriben dos comprimidos diarios de Atepé,uno después de cada comida en abundante cantidad de líquido para mejor disolución.-

Se le añade como complemento terapéutico a fin de corregir sus secuelas palúdicas (anemia,deficit nutritivo y estado carencial) hepavital y ascorbical,más tarde Cebión Meck.-

Su analisis hematológico nos dió las siguientes cifras:

---Recuento globular y tasa de hemoglobina---

Hematies en un mm3 de sangre..... 3.400.000

Leucocitos..... 4.700

Hemoglobina..... 70%

Valor globular.-Aproximado a la unidad.-

Anisocitosis,poliquilocitosis,policromasia,anisocromia.-

Tiempo de sangría y coagulación muy ligeramente retardados.-

---Fórmula leucocitaria---

Polinucleares neutrófilos.....	52	<div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 3em; margin-right: 5px;">}</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Mielocitos.....0 Juveniles.....2 Cayados.....7 Segmentados...43 </div>
Eosinófilos.....	3	
Monocitos.....	11	
Basófilos.....	2	
Linfocitos pequeños.....	25	
id. grandes.....	7	

100

No ha mostrado vermes intestinales ni ningún otro parásito (oxiuros,ídidos etc) sus reacciones serológicas de lues(Wassermann,oitochol,Kamm,Meinike,&c

asi como las de sus padres, han sido negativas.-No ha acusado tetania, espasmo-
mofilia, raquitismo etc.-

Lógicamente pues, atribuimos exclusivamente su injuria nerviosa al hemato-
zoaria desencadenado las convulsiones en terreno neuronal especialmente
sensibilizado (tal vez influya un previo estado de avitaminosis, hipocalce-
mia etc).-

200

Angela Pérez Méndez.- 7 años, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres) 25 Agosto de 1.941.-

Antecedentes familiares.- Sus padres sanos, un hermano bien desarrollado.-

Antecedentes personales.- Nació a término.-Fué vacunada en el 3º, 5º y 7º día con B.C.G.-Lactancia materna sin trastorno alguno.-

La niña es presa, un día, de fiebre elevada, con convulsiones tónico-clónicas de extremidades, estrabismo, hiperestesia y Kernig francamente positivo.-

En cambio Brudzinski, no es tan marcado.-En la punción-lumbar se obtiene líquido céfalo-raquídeo, claro, hipertenso que acusa moderadamente linfocitosis. Pandy y Nonne Apelt son positivos.-No se llevaron a cabo las del benjui. Lange etec: ligeramente albuminaria.-

Se piensa ante todo en una meningitis tuberculosa pero tomada una gota gruesa y dos frotis se denuncian en las preparaciones formas amulares de tipo dudoso (Parásitos en signo de admiración, en paréntesis, en algún hematíe aisladamente denotamos biparasitismo por lo que nos inclinamos a catalogarlo más bien de especie trópica.-

Se le instituye tratamiento de anquinina y aristoquina y más tarde se le inyecta ampolla de Plasmoquina Bayer en días alternos durante veinte días (en total cinco ampollas).-A la continuación se la prescribe licor arsenical de Fowler a gotas y se determina con Alfadelta (vitaminas A y D) también a gotas.(V gotas dos veces al día).-

La niña se pone totalmente bien y continúa su desarrollo normal alcanzando las cifras de peso y talla propias de su edad.-

No obstante la niña ni oye ni habla cuando llega la época y edad propicia de la iniciación de estas altas funciones cerebrales.-

A presencia de esto, cabe opinar, con cierta probabilidad de acierto, que su proceso palúdico meningo-encefálico posiblemente afectó a la zona del lóbulo temporal (1ª y 2ª surcos temporales limítrofes a la circunvalación de la insula) donde parece residir la memoria auditiva, y donde conservándose el anagrama fonético se fundamenta el aprendizaje de la noble función

del lenguaje o tal vez, el propio nervio auditivo, cuerpo trapezoidal, tubérculos cuadrigéminos etc los afectados interrumpiendo la conducción de las impresiones sonoras.-

También podría interpretarse como una sordomudez congénita, aun cuando hay un motivo fundamental para desecharla por cuanto según manifestaciones de los padres la niña había empezado a emitir antes del episodio palúdico vocablos y palabras que aunque sueltas e imprecisas como acontece en esta frase rudimentaria, denotan una iniciación del lenguaje primario, brusca y definitivamente interrumpido a raíz de su parasitación palúdica.-

Por otra parte en los antecedentes paternos no se vislumbra rastro lúctico ni ambiente fímico.-

De todos modos y echando a un lado toda discriminación anatomo-fisio-patológica del caso lo traemos aquí por si ello puede servir de punto de arranque de otras observaciones más detalladas y eficaces.-

202

sé Serradilla Cruz, 7 años, hijo de Emeterio y de María de esta naturaleza
residencia, 4 de julio de 1.945.-

ntecedentes familiares o hereditarios.- Su padre alcohólico murió de peri-
nitis tuberculosa, su madre luética con Wassermann fuertemente positivo
tres abortos y un niño muerto al nacer.-

ntecedentes atoló cos ersonales.- Nacimiento a término con peso inicial
e 3.100 gramos y talla de 49 cm. (Centro de Higiene infantil de la locali-
ad).-Fué vacunado con B.C.U.- Crianza al pecho de su madre en regulares
ondiciones, sin registrar alteraciones digestivas de importancia.-A los 3
medio años sarampión y a los 5 varicela.-De ambas infecciones sale indem-
e.-

l análisis serológico de su sangre, que se llevó a cabo, dados los anteceden-
tes específicos de su madre, fué francamente negativo, no habiéndose regis-
trado tampoco ningún estigma luético (pnfigo, diente de Hutchisont, osteo, pe-
riostitis, bazo hipertrófico antes de contraer la malaria, etc.-

Enfermedad actual.- A los 7 años el día 4 de julio de 1.945 nos llaman urgen-
temente ~~para~~ que le asistamos en un estado convulsivo cuyo ataque se ha ini-
ciado con fiebre alta (en el momento de la observación 40,3²) con intenso
calofrío y agitación neuro-muscular, termina con sudoración abundante
que le deja muy abatido y extenuado.-

A nuestro interrogatorio nos dice la madre que el año anterior padeció una s
fiebres de tipo tercianario que obedecieron a la quinina, ~~que~~ le administra-
ron sin regla ni tasa.-Por estos indicios colegimos fueron netamente palú-
dicas y provocadas por el Pl. vivax.-

Con estos antecedentes procedemos a la investigación hematológica hallando
tanto en gota gruesa como en frotis abundantes esquizontes de Pl vivax y
algún ~~que~~ otro gametocito de la propia especie.-

En wista de este resultado, que era lógico esperar, se le inyecta intramuscu-
larmente 2,50 gr. de Biclorhidrato neutro de quinina por vía endovenosa,
seguido a las doce horas de la misma dosis por vía intramuscular.-Seguida-

mente se le aplica bolsa de hielo en cabeza, sanguijuelas en mastoides y sinapización de tronco y extremidades con mostaza.-Se le inyecta asimismo un inyectable de luminal sódico.-Al poco tiempo recobra el conocimiento.-Se le implanta a continuación un tratamiento de Atepé a la dosis de dos tabletas diarias durante siete días(con abundante cantidad de líquido, para obtener una mayor dilución y una mejor tolerancia.-

Una vez desaparecida las fiebres se le prescribe Licor arsenical de Fowler a gotas y luego Hepatrat y calcio con vitamina B (Beycal) en inyección.-

En su exploración clínica y análisis hematológico recogemos los siguientes datos:

Hábito externo.- Niño muy pálido, pero bien nutrido y con buen pániculo adiposo.-Se halla en un estado de fuerte agitación neuro-muscular estrábico y con gran hipertermia (40,3°).-

Aparato circulatorio.- Taquicardia febril de 130-140 al minuto con pulso hipertenso, ligera danza de carótidas, cianosis.-

Respiratorio.- Taquipnea en su estado pirético.-

Digestivo.- Vómitos determinados tal vez por acidosis y el consiguiente reflejo vagal.-

Génito-Urinario.- Relajación de esfínter vegetal.-

Sistema nervioso.- Los días precedentes al ataque según nos ilustra su madre dolor y pesadez de cabeza y sueño intranquilo y con pesadillas.-Durante el ataque, convulsiones tónicas primero y después clónicas que le ponen rígido en opistótonos y gran furia motora.-Moderada rigidez de nuca. Hernig y Brudzinski negativos.-Exaltación de reflejos tendinosos.-Babinsky moderadamente positivo.-

Examen hematológico.- Aparte de la presencia de los esquizantes de Pl. vivax ya referidos hallamos lo siguiente:

---Recuento globular---

Hematíes..... 3.400.000

Leucocitos.... 4.700

Hemoglobina... 70%

Valor globular.-Aproximado a la unidad.-

Tiempo de coagulación y sangría normales.-

Velocidad de sedimentación.-Ligeramente acelerado.-(índice de Katz a más

$$\frac{6}{\frac{2}{2}} = 11$$

--Fórmula leucocitaria.--

Polinucleares neutrófilos52

Eosinófilos..... 2

Linfocitos pequeños.....22

id. grandes..... 7

Monocitos.....17

Cédulas de Rieder..... 0

Basófilos..... 0

100

Mielocitos.....1
Juveniles.....4
Cayados.....7
Segmentados.....40

Resultado.-Curación. Al menos así parece evidenciarlo la desaparición de sus fiebres y la normalización de cifras de sus componentes hemáticos, el equilibrio de sus sistema nervioso en el que no vuelve a registrarse perturbación alguna.-

Bien ser verdad que después de su tratamiento antimalárico y a pesar de la negatividad de su serología, ante la gran probabilidad de hallarnos ante un heredolúético se le trata con acetil-arsan y pomada mercurial que en efecto le han mejorado en su aspecto general, haciéndole incluso aumentar de peso.-

Observaciones y comentarios.- Salta a la vista, habida cuenta de su progenie, que el acceso convulsivo fué sin duda provocado por la recidiva palúdica motivada a su vez por un tratamiento asaz insuficiente e inadecuado en su primer acometida, en un terreno "ad hoc" en que se conjugaron los dos factores hereditarios, el alcoholismo del padre y la sífilis conyugal de ambos.-

rancisco Losada Velero, hijo de Eustquio y Felipa, de 4 años de edad, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres) donde reside con sus padres, nació el 4 de junio de 1.945.-

Antecedentes familiares o hereditarios.- Su padre sano.- Su madre padece con frecuencia de jaqueca.- Otra hermana eutrófica.-

Antecedentes personales.- Nació a término con peso y talla normales.- Fue vacunado en este Centro de Higiene con B.C.H.I. Crianza correcta al pecho de su madre.- A los dos años sarampión del que no le queda vestigio alguno.-

Enfermedad actual.- A los tres años el 17 de agosto de 1.948 nos buscan apremiadamente para asistirle en un estado convulsivo que se ha iniciado, según su madre, con fiebre alta, calofrío intenso y gran temblor finalizando con convulsiones primero tónicas y seguidamente clónicas, con estrabismo y pérdida del sentido.- En el momento del examen relajación de esfínteres vexical y anal, fiebre de 40,1° y vómitos.-

Según nos refiere la madre hace tres días que se encuentra febril pero en menor grado, aun cuando los accesos se acompañaban de calofrío más o menos intenso.-

Procedemos a ponerle bolsa de hielo en cabeza, sinapización de tronco y extremidades e inyectarle media ampolla de luminal sódico y administrarle 3/4 de tableta de piramidón Bayer en disolución.- Seguidamente se le toma sangre en gota gruesa y frotis y se procede a previa tinción al examen hematológico hallando en ambas preparaciones abundantes esquizontes de Pl. vivax.-

Consecuentes con este resultado se le inyecta una ampolla de 0,50 gr. de biclohidrato de quinina en región glútea.- Al momento recobra el conocimiento.-

Se continúa con estos inyectables durante dos días más y completamos su tratamiento con tres papelillos diarios de aristoquina y lactosa de 0,10 gr. cada uno durante veinte días más.- Desaparecidas las fiebres se le prescribe licor arsenical de Fowler a gotas, y, luego Ferrosorbil (preparado ferru-

prescribe licor arsenical de Fowler a gotas, y, luego Ferrosorbil (preparado ferruginoso y de ácido escorbico también por ingestión.-

En su exploración clínica hallamos los siguientes datos:

Hábito exterior: Palidez acentuada, buen desarrollo muscular, hipertermia de 40,1°.-

Aparato respiratorio.- Taquipnea correspondiente a su fiebre.-

Circulatorio.- Taquicardia febril de 140 al minuto, pulso tenso, cianosis.-

Digestivo.- Vómitos determinados, seguramente, por la acidosis de su reflejo vagal.-

Génito-Urinario.- Relajación de esfínter vexical.-

Sistema nervioso y muscular.- En los días precedentes sueño tranquilo y agitado.- Durante el ataque convulsiones tónicas que lo envaran y seguidamente las clónicas en que nosotros le sorprendemos.- Moderada rigidez de nuca.- Kernig y Brudzinski negativos.- Exaltación de reflejos tendinosos.- Babinski ligeramente positivo.-

Examen hematológico.- Además de comprobar los esquizontes de Pl. vivax ya mencionados entramos lo siguiente:

---Recuento globular---

Hematíes..... 3.700.000

Hemoglobina..... 74%

Leucocitos..... 4.700

Valor globular..... En los linderos de la unidad.-

Tiempo de coagulación..... 8 minutos.

id. de sangría..... 7 id.

Velocidad de sedimentación.- Moderadamente acelerado (Índice de Katz a más $\frac{6}{2}$
 = 7 a = Una hora - 6 = dos horas; = 7.-

----Fórmula leucocitaria.--

Polinucleares neutrófilos..... 57

Eosinófilos..... 2

Células de Rieder..... 0

Mielocitos.....1
 Juveniles.....2
 Cayados.....7
 Segmentados...47

Basófilos.....0..... 0

infocitos pequeños.....25

id. grandes..... 5

mononucleares.....11

100.-

Resultado.-Curación.- Así aparece evidenciarlo la abolición de las fiebres, la vuelta a su equilibrio nervioso y la reintegración de sus componen hemáticos.-

ludismo cerebral convulsivo no mortal.-

P.P. 7 años 17 de septiembre de 1.939.-Natural de Jaraiz(Cáceres)

ntecedentes familiares.- Su padre suicida, su madre al parecer sana.-Sus
 hermanos desmedrados por insuficiente alimentación en cantidad y calidad.-
 on gentes de condición mísera.-

tecedentes ersonales.-Nació a término, si bien falto de peso y estatura
 750 gr. y 47 cm).Lactancia mixta, mal reglada.-Muy tempranamente empezó a
 omer de todo un poco arbitrariamente como es corriente en ambiente escaso
 sobre todo faltos de cultura aún la más elemental.-Fontanelas cerradas m y
 ardianamente, rosar iraquítico, anemia, desnutrición, retraso somático y psíquico.-
 nfermedad actual.-

iene por primera vez a nuestra consulta dispensarial en Julio de 1.939 con
 l antecedente de fiebre diaria desde hace una semana, se halla en estado
 aquético con pronunciado relieve de los salientes óseos.-Vientre sin pán-
 ulo adiposo, pero abultado, por la hipertrofia de hígado y bazo (Nº III
 e la escala de Boyd) palidez muy acusada.-

Se le toma gota gruesa y frotis y se encuentran numerosas formas de esqui-
 zontes de Pl. vivax.-

Se le pone tratamiento a base de dos tabletas diarias de Atepó (una a cada
 comida principal y anemiol Ibis; más tarde Ascorbical.-

Su exploración nos dió los siguientes datos:

Circulatorio: Taquicardia con irregularidad de tonos, depresión vascular, cia-
 nosis labial, soplo en punta de corazón posiblemente de origen funcional (no
 tiene antecedentes luéticos, ni reumáticos, ni focos sépticos dentarios o
 amigdalino.-Danza de arterias-edemas, más acusadas por las tardes, que desa-
 arecen con el reposo, debidos, tal vez a su estado carencial.-

Digestivo.-Algún vómito durante la fiebre, tal vez vez por acción refleja
 vagal.-

Génito urinario.-Poliuria abundante durante los accesos sin duda por ser re-
 laxación esfinteriana vexical.-No albúmina en orina.-

Sistema nervioso.- No ha padecido ataques.-Retrasado mental.-No ha asistido a la escuela,siendo,como sus hermanos vagabundos.-

Sistema óseo-muscular.-Raquitismo florido.-

Sangre.- "Recuento globular y tasa de hemoglobina:"

Hematíes..... 3.700.000

Leucocitos..... 4.300

Hemoglobina..... 65%

Valor globular...aproximado a la unidad.-

--Serie roja---

Anisocitosis,poiquilocitosis,anisocromia,no policromasia -

---Fórmula leucocitaria.---

Polinucleares neutrófilos.....	57	} Mielocitos...0 Juveniles....1 Cayados....16 Segmentados .40
id. eusínófilos.....	3	
Linfocitos pequeños.....	18	
id. grandes.....	7	
Monocitos.....	15	
	100	

Tiempo de coagulación y sangría normales.-

A partir de aque mejora aumentando de peso y de fuerzas y corrige un tanto su palidez y está más alegre.-

A su pesar el 17 de septiembre nos requieren urgentemente su madre para que vayamos al extrarradio del pueblo,donde viven en una especie de tugurio o covacha hallándonos ante el siguiente cuadro:Niño con convulsiones clónicas con estrabismo;exaltación de reflejos,con fiebre alta (40,2°) Kernig y Brucinski negativos.-

Se le toma sangre y comprobamos nuevamente hematozoarios de Pl. vivax en forma ameboideas y algún que otra gametocito de la misma especie.-

Se le pone hielo en cabeza,sanguijuelas en mastoides,punción lumbar,sinapización generalizada con envolturas de mostaza en sabanilla que abarca tronco extremidades inferiores.-Se le pone un inyectable de 0,50 gramos de bi-

clorhidrato de quinina en región glútea.-

Se tratamiento de Atepé análogo al de su primera infección.-Se le añade complementariamente glicerofosfatos de hierro y cal y alfadelta (vitaminas A y B) y baños de pequeñas dosis y gradualmente ascendentes.-Mejoría grande.-

El hallar el hematocrito consecutivamente a su fiebre indicándonos una recidiva de su paludismo y el no constar en sus antecedentes, a pesar de su raquitismo, ataques de espasmo filia, no ser sospechoso de parasitosis intestinal, oxiuros etc) ni de lues etc, nos lleva como de la mano a estimar que el ataque convulsivo por describimos fué determinado solo y exclusivamente por la malaria, en terreno especialmente abonado para ello. (avitaminosis, fragilidad neuronal a juzgar por la ascendencia de padre suicida, etc.-

Marceliano Hernández García, de 11 años de edad, natural y residente en Jaraiz de la Vera (Cáceres) hijo de Eleuterio y de Petra, todos ellos residentes en esta Villa.-16 de septiembre de 1.945.-

Antecedentes familiares o hereditarios.- Sus padres sanos.-Una hermana y otro hermanito también palúdicos.-Viven habitualmente en el campo.-

Antecedentes patológicos personales.- Nació a su debido tiempo con peso y talla normales.-Lactancia mixta, que no influyó ni alteró grandemente su trofismo.-Sarampión a los cuatro años.-Varicela a los siete sin que tanto una como otra infección, dejaran huella patológica alguna.-

Enfermedad actual.- Según la información recogida de su madre en el año anterior y en la primera quincena de Agosto (1944) sufrió unas calenturas que se corrigieron con quinina, que ella misma le administró a su buen sentido.-Quedó pálido y enteco, tardando bastante tiempo en reponerse del todo. En los primeros días de septiembre actual (1945) vuelve a recaer en parecidas características que en el año precedente, pero su madre lo atribuyó esta vez a un estado de enteritis derivada de una indigestión por comer fruta verde y le tiene unos días a dieta líquida a base de leche y ceregumil y algunas tomas de piramidón para corregir la fiebre.-

Sin embargo el día 16 nos avisan al campo donde se encuentra la familia justamente alarmada por la altura de la fiebre y sobre todo el ataque convulsivo que le ha acometido al niño.-

Le hallamos con 40,3² de temperatura, convulso y estrábico y con anorexia de intestino y vejiga por relajación de esfínteres vaxical y anal.-Presenta taquicardia y disnea correspondiente a su fiebre y vómitos de vez en cuando.-Causa moderada rigidez de nuca, pero sin Kernig ni Brudzinski, de exaltación de reflejos.-Babinski apenas iniciado.-

Le tomamos sangre del lóbulo de la oreja, y, tanto en gota gruesa, como en frotis, hallamos gametos de *laverania malariae* (semilunas).-

A la vista de este hallazgo, muy lógico, por su datos del año anterior y haber descartado la insolación, parásitos intestinales, tetania y espasmo

ni el supuesto atasco intestinal; le inyectamos dada lo urgente caso 0,25 gr. de biclorhidrato de quinina por vía endovenosa, le ponemos bolsa de hielo en cabeza y le revulsionamos sinapización de mostaza en tronco y extremidades inferiores.-Se le administra asimismo una tableta de luminal sódico en una taza de fusión de tila.-

Vuelve al conocimiento, que, dicho sea de paso tenía perdido.-

Continuamos inyectándole el mismo preparado en la misma dosis, pero ahora, en región glútea, en los diez días siguientes y a continuación de prescribimos 0,75 gr. de bisulfato de quinina por vía oral durante veinte días.-Seguidamente se la inyecta en días alternos una ampolla de Plasmokino Bayer por inyección intramuscular durante otros diez días más. (En total cinco ampollas de este preparado).-

Por fin y una vez reparado su parasitismo y libre claro es de sus fiebres se inyecta cacodilato sódico y se le administra por boca un frasco de Fersokino Bisler.-Esto y un régimen vitamínico consiguen restaurar su bienestar amenazado.-

Sus otros datos de laboratorio fueron:

--Recuento globular---

Hematíes..... 4.000.000
Hemoglobina..... 78%
Leucocitos..... 4.300

Valor globular. Alrededor de la unidad.-

-----Fórmula leucocitaria---

Polinucleares neutrófilos.....	47	}	Mielocitos.....	2
Eosinófilos.....	2		Juveniles.....	4
Basófilos.....	1		Cayados.....	7
			Segmentados...	34
Células de Rieder.....	0			
Linfocitos pequeños.....	25			
Linfocitos grandes.....	7			
Monocitos.....	18			

icolasa Tovar Correas, de 4 años de edad, natural de Collado de la Vera (Cá-
eres) donde reside como sus padres.- 7-IX-1947.-

ntecedentes familiares.- Su padre sano y robusto.- Su madre palúdica antig-
a.-Otros dos hermanitos también palúdicos.-

ntecedentes personales.-Nació a término.-Lactancia mixta por hipogalactia
e la madre.-Peso y talla los correspondientes a su edad.Cierro de las fon-
nelas en su época normal.-

o ha padecido ataques hasta ahora, ni ha tenido vermes ni gusano alguno, tam-
ién se puede excluir en ella la tetanía y espasmofilia (raquitismo).Saram-
ión a los tres años, a los cinco varciela.-Na la ha quedado reliquia alguna.-
esde hace unos días fiebres alternas que se inician, con intenso calofrío y
emblor muscular, se despiden con profusa sudoración.-Mientras la persiste
a fiebre la enfermita se encuentra muy agitada.-Ha perdido de peso, está pá-
ida y sin energías, anorexica, sueño perturbado.-Durante la fiebre alguna que
tra vez vómitos biliosos.-

e requieren, con apremio porque la ha acometido un ataque con privación del
onocimiento y convulsiones primero tónicas y luego clónicas con estrepitosos
ovimientos de miembros y de globos oculares.-

exploramos encontrando:Niña muy pálida, delgada, con muy escaso pániculo
diposo, vientre abultado por el relieve acentuado de la hipertrofia visceral,
ingularmente de hígado y bazo (esplenomegalia num. II de la escala de Boyd).
es iratorio.- Discreta disnea.-Algunas sibilaciones.-

irculatorio.-Taquicardia de 120 al minuto.-Cianosis labial.-

igestivo.- Alguna que otra vez vómitos biliosos, sin duda provocados por la
cidosia (reflejo vagal) propia de la hipertermia, incontinencia de heces por
elajación esfinteriana durante el acceso.-

énito-Urinario.-Poluria abundante durante el estado febril por relajación
sfinteriana.-

istema neuro-muscular.- A raíz de los accesos, sueño ~~trastornado~~ "intranquilo"
on pesadillas y alucinaciones terroríficas.-Durante el ataque obnubilación
ensorial, convulsiones tónicas y clónicas.-

214

Estrabismo, vómitos, posiblemente de orden cerebral (o mejor aun bulbar).-

No presenta rigidez de nuca, ni signos de Kernig ni Brudzinski, reflejos exaltados.-

Se procede al examen hematológico mediante gota gruesa y frotis poniéndose de manifiesto una infección por Pl. falciparum (anillos)

Se la prescriben dos comprimidos diarios de bisulfato de quinina durante diez días y otros dos comprimidos durante veinte días en días alternos (en total quince gramos de alcaloide) mejor dicho de preparado), y a continuación dos centigramos diarios de plasmoquina Bayer, durante cinco días seguidos.-

Asimismo para tonificar a la enferma y reparar sus estragos hemáticos y carenciales arsenicales, ferroginosos, extractos herpéticos etc.-

Con esto se repone prontamente y retorna a su normalidad.-

Su análisis hematológico, nos dió el resultado siguiente:

---Recuento globular---

Hematíes..... 3.700.000

Leucocitos..... 4.300

Hemoglobina..... 67%

Valor globular.-Aproximado a la unidad.-

Velocidad de sedimentación.-Índice de Katz a más $\frac{6}{2}$ 12 $\frac{18}{2}$ = $\frac{21}{2}$ = 10,5

Valor-Globular.-Aproximado a la unidad.-

Tiempo de sangría..... 7 minutos.-

Id. de coagulación.... 9 id.

---Fórmula leucocitaria---

Polinucleares neutrófilos..... 57

Eosinófilos..... 3

Linfocitos pequeños..... 25

Id. grandes..... 4

Monocitos..... 11

100

Mielocito = 0
Juveniles = 4
Banda = 17
Segmentado = 36

Resultado: Curación y restablecimiento de su normalidad.-

Observaciones y comentarios.- No se encuentran sus antecedentes familiares ninguna tara hereditaria.-A esto y al hallar una infección evidente de la-
verania nos lleva a considerar a esta causa como la única agresora de su
equilibrio cerebral.-

.A.F.- 10/12 años, natural de Collado (Cáceres).-17 Octubre de 1.947.-

Antecedentes familiares.- Su padre sano y fuerte.- Su madre paludismo desde hace cuatro años con la anemia consiguiente; por lo demás robusta y fuerte.-

Antecedentes personales.- Nacimiento a término con el peso y longitud debida 3.400 gr. y 52 cm.-Lactancia materna correctamente llevada.-

Enfermedad actual.- No ha tenido hasta el momento ataques de ninguna clase y no se encuentran sus padres vestigio alguno de lues, ni en ella, de tetania, espasmofilia, vermes etc.-

En este día somos requeridos para asistir a la niña que se encuentra presa de un ataque convulsivo tónico en un principio y luego clónico con obnubilación sensorial.- Hace varios días que la niña tiene fiebres que, al decir de su madre, se iniciaron con calofríos y de un modo alterno para estancarse luego más tarde en forma cotidiana; cuando la subida de la fiebre, muy excitada, con temblor, y agitación neuro-muscular pero nunca con el aparato escénico de esta.-

La niña se encuentra en el momento de la observación con 40,2° grados de temperatura, muy pálida y desnutrida debido, esto último, sin duda a vómitos y despeños y diarreicos provocados desde el día anterior.- Se ha borrado gran parte de su pániculo adiposo que, al decir de su madre, antes era abundante.- Se halla insensible, con los ojos vueltos.-

Ante estos antecedentes procedemos a explorar a la enferma con el resultado siguiente: Niña de 10/12 años muy pálida, con vientre de batracoo por el relieve que muestran sus visceras abdominales, singularmente higazo y bazo, a la anoremia, esplénomegalia II de la clasificación de Boyd).-

Aparato respiratorio.- Taquipnea que suponemos debida a la anoxemia y acidosis, consiguiente a la anemia.-

Aparato circulatorio.- Taquicardia de 140 al minuto, danza de carótidas con soplo funcional anémico mesocárdico, cianosis labial.-

Aparato digestivo.- Vómitos y diarreas desde el día de ayer.- Los vómitos de carácter

bilioso, provocados, sin duda, por acción vagal a consecuencia de la piperter-
mia.-Incontinencia de heces por relajación esfinteriana durante el acceso.
Las hipertrofias hepáticas y esplénicas ya aludidas.-

Génito-Urinario.-Relajación del esfinter vesical durante el ataque con
abundante poliuria.-Nada anormal en orina.-

Sistema nervioso.-Sueño agitado e intranquilo en los días precedentes.Du-
rante el ataque pérdida del sensorio y convulsiones tónicas y clónicas.Es-
trabismo.-Exaltación de reflejos.No rigidez de nuca, ni Hernig ni Brudzins-
ki.-

Rápidamente se lleva a efecto investigación hemo-parasitaria encontrando
abundantes esquizontes de Pl. vivax.-Se la inyecta intramuscularmente 0,50
gramos de biclorhidrato neuro de quinina durante dos días seguidos continuan-
do con aristoquina y lactosa a la dosis de 0,30 gramos diarios (tres pape-
lillos de 0,10 gr. uno a la mañana, otro, a medio día, y otro, por la noche)
combinándolo con la lactancia, que tolera muy bien.-Este tratamiento se pro-
longa durante un mes o se la completa con licor arsenical de Fowler a go-
tas para reparar su anemia.-

Durante el ataque bolsa de hielo en cabeza, sinapización de mostaza genera-
lizada, inyección de carbazol.-

Su análisis hematológico nos arrojó las siguientes cifras:

----Recuento globular----

Hematíes..... 3.400.000

Leucocitos..... 4.000

Plaquetas..... 125.000

--Serie roja--

Hemoglobina..... 0,60%

Valor Globular.-Aproximado a la unidad.-

Tiempo de coagulación 9 minutos.-

id. de sangría 8,5 id.

Velocidad de sedimentación, ligeramente aumentado.-

---Fórmula Leucocitaria---

218

Polinucleares neutrófilos..... 57

Eosinófilos..... 2

Monocitos..... 14

Linfocitos grandes..... 10

id. pequeños..... 17

100

{ Mielocitos.....0
Juveniles.....1
Cayados.....16
Segmentados.....40

RESULTADO: Curación.-

iliano Labrador Mora de 7 años de edad, hijo legítimo de Pedro y María, natural y residente en Jaraiz de la Vera (Cáceres) donde reside con sus padres.-
 6 de Junio de 1.948.-

accidentes familiares o hereditarios.- Su padre agricultor es reumático crónico y alcohólico, en grado moderado, que rara vez llega a la embriaguez.-
 madre de buena constitución y sana.-

accidentes atóxicos personales.- Nació a término con el peso y talla normales.- Lactancia materna en un principio y más tarde mixta, originando un leve estado distrófico que poco a poco iba reparando.- No ha padecido ninguna enfermedad eruptiva.-

enfermedad actual.- Desde hace bastante días le ha notado su madre triste y mal color, como pálido anoréxico y con fiebre, que no ha podido precisar por estar en el campo.- Súbitamente ha tenido que trasladarse en coche porque el niño con fiebre alta, iniciada con escalofrío intenso y temblor se le ha trastornado la vista y le ha dado un furioso ataque que primero le puso rígido y luego le originó movimientos violentos y desordenados que le golpeaban con fuerza.- Quedó sin conocimiento y en situación análoga a la de su otro hermano que también anteriormente sufrió parecido contratiempo.-

Al acudir en auxilio del pequeño parece volver al sentido hallándole con fiebre alta de 40,1°, estrábico, agitado, pero ya sin convulsiones, que al cesar, han cesado; estado nauseoso, taquicardia acentuada con el eretismo cardiovascular muy corriente en estos estados, palidez acentuada y esplenomegalia acusada (Bazo II de la nomenclatura de Boyd).-

Se investigan parásitos, tanto en gota gruesa como en frotis, hallando en uno u otros numerosos esquizontes de *Pl. vivax*.-

Se le inyecta 0,50 gr. de biclorhidrato neutro de quinina en región glútea, se le pone hielo en cabeza, mostaza en tronco y extremidades y luminal sódico a tableta disuelta en una taza de tila.- Se repone de su estado el niño.-
 Continúan durante dos días más, los inyectables en la misma forma y dosis y

e bisulfato de quinina de 0,25 gr. cada una (20 días).-A continuación, licor arsenical de Povvler a gotas y luego Fer-cobre a cucharadas, durante las comidas.-Esto y el régimen vitamínico y la vida de campo le devuelven su bienestar anterior.-

Sus otros datos de laboratorio fueron:

---Sangre--- Recuento Globular---

Hematíes..... 3.520.000

Hemoglobina... 70%

Leucocitos.... 4.700

Valor globular.-Aproximado a la unidad.-

Tiempo de hemorragia.- 7 minutos.-

id. de coagulación. 8 id.

Velocidad de sedimentación.-Moderamente acelerada.-

Hemática.-

Indice de Katz $\frac{a}{b}$ a más $\frac{6}{2}$ a $\frac{10}{2}$ una hora $\frac{16}{2}$ dos horas $\frac{18}{2}$ = 9

----Fórmula leucocitaria--

Polinucleares neutrófilos.....52

Eusínófilos..... 3

Basófilos..... 1

Células de Rieder..... 0

Linfocitos pequeños..... 22

id. grandes..... 5

Monocitos..... 17

100

Mielocitos..... 1
Juveniles..... 2
Cayados..... 7
Segmentados.....42

En el segundo examen verificado al mes de éste, comprobamos con satisfacción cifras aproximadas a la normal.-

Observaciones y comentarios.- Este caso con condición particular ofrece la doble circunstancia en los antecedentes patológicos del padre de su reuma y alcoholismo que puede haber favorecido, como terreno "ad hoc" el desenvolvimiento de las convulsiones.-

José Sánchez Silva, 2 años, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres) 25 de junio de 1.948.-

Antecedentes familiares.-Padre sano, su madre, catarróica crónica.-Un hermano que se cria bien.-

Antecedentes personales.-Nació a término.-Lactancia materna sin percance alguno.-Peso y talla los propios de su edad.-Cierre de fontanelas y erupción dentaria en su normalidad. Aun no ha pasado el sarampión ni ninguna otra infección con exantema.-No ha sufrido ataque neurológico hasta este momento.-

Enfermedad actual.-Acude su madre con el niño en brazos, "con los ojos," digo a nuestra consulta privada, preso de un ataque convulsivo, sin conocimiento, con los ojos vueltos y con temperatura de 40,3² a las tres de la tarde.-Nos cuenta que hace dos días a las 7 de la tarde le dió fiebre con gran calofrío y temblor, sudó mucho y luego el niño quedó bien.-Le tomamos gota gruesa y frotis y previa tinción con Giemsa-Leishmann hallamos una gran cantidad de mononúcleos de Pl vivax.-En su consecuencia le inyectamos 0,25 gr. de biclorhidrato de quinina intramuscularmente, se le pone hielo en cabeza, sanguijuelas en mastoides y sinapización de tronco y extremidades.-Recobra el conocimiento.-Se continua su tratamiento con tableta y media de Atepe durante siete días.-A continuación se prescribe licor arsenical de Fowler a gotas, calcio y vitamina C. en inyectables.-Y por último Alfa-delta (vitaminas A y B.) en gotas por vía oral.-Su exploración clínica y análisis hematológico fueron los siguientes:

Niño muy pálido con convulsiones generalizadas bastante nutrido con gran hipertermia (40,3²) y sin conocimiento.-

Aparato-respiratorio.-Taquipnea cianosis.-

Circulatorio.-Taquicardia de 140 al minuto, ligera danza de arterias, pulso hipertenso.-

Digestivo.-Vómitos durante el ataque, provocados, sin duda, por la acidez de la hipertermia, por reflejo vagal.-

Urinario.- Relajación de esfínter vesical.-

Sistema nervioso. Días antes del ataque dolor de cabeza y sueño agitado.-

Durante el ataque convulsiones tónicas primero que le envaran y mantienen rígido y a continuación clónicas con gran aparato motor, golpeándose con alguna violencia.-Moderada rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski negativos.-Exaltación de reflejos tendinosos.-

---Examen hematológico.---

--Recuento globular.--

Hemáties 4.000.000

Leucocitos.. 4.000

Hemoglobina..... 75%

Tiempo de coagulación y sangría normales.-

Válor globular.-Aproximado a la unidad.-

--Fórmula leucocitaria.--

Polinucleares neutrófilos.....	57	<div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 3em; line-height: 1;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Mielocitos.....0 Juveniles.....3 Gavados.....14 Segmentados...40 </div>
Linfocitos pequeños.....	18	
id. grandes.....	7	
Monocitos.....	16	
Eosinófilos.....	2	
Basófilos.....	0	
Células de Rieder.....	<u>0</u>	

100.

Concepción Herrero Gómez, 2 años, natural de Garganta la Olla.-27 de Julio de 1.948.-

Antecedentes familiares o hereditarios.- Su padre ~~an~~ariósico, su madre sana, dos hermanos más sanos y robustos.-

Antecedentes personales.- Nació a término.-~~Lastancia~~ lactancia materna bien llevada.- Destete a los 18/12 años sin molestias.-

Enfermedad actual.- No ha tenido hasta el momento ataque de ninguna clase.- Hace varios días que la niña tiene fiebres que han comenzado intermitentemente y luego se han quedado de forma diaria.-Se inician con gran calofrío, castañeteo de dientes y temblor y agitación neuro-muscular.-Se despiden con abundante sudoración.-

La niña se muestra muy pálida, no tiene apetito y se halla muy desnutrida, duerme mal.-Durante los accesos vómitos, casi siempre biliosos.-

La traen al Dispensario para que investiguemos en su sangre el hematozoario y estando en la sala de espera de la consulta nos avisan de que le ha dado un ataque convulsivo con pérdida de conocimiento, ojos vueltos, etc.-

Ante este cuadro exploramos a la enfermita con el siguiente resultado:.

muy

Niña de 2 años, muy pálida con vientre abultado por el relieve de unas visceras abdominales hipertrofiadas principalmente hígado y bazo (bazo III de Boyd).-

Aparato respiratorio.- Taquipnea que imaginamos por anoxemia a consecuencia de la anemia.-

Circulatorio.- Taquicardia de 130 a 140 al m.; soplo funcional anémico, danza de carótidas, cianosis labial.-

Digestivo.- Vómitos de bilis, tal vez, por la acidosis momentánea, provocada por la pipertermia y reflejo vagal consecutivo, en continencia de heces, por relajación de esfínter durante el acceso.-Las hipertrofias hepáticas y esplénicas ya referidas.-

Génito-Urinario.- Relajación del fínter vesical durante el acceso con abundante poliuria.-

Sistema nervioso.- Sueño intranquilo.-Durante el ataque,pérdida del conocimiento y convulsiones tónicas y clónicas.-Estrabismo,vómitos,tal vez de significación cerebral (mejor dicho bulbar).-No rigidez de nuca,Nikernig ni Brudzinski,exaltación de reflejos.-

Rápidamente se lleva a efecto investigación hemoparasitaria encontrándonos abundantes esquizontes de Pl. vivax.- Se le prescriben una y 1/2 comprimidos diarios de Mepacrina,-1/2 después de cada comida.-Se le añade como complemento terapéutico a fin de corregir los corolarios post-palúdicos (anemias, déficit nutritivo e hipovitaminosis) Hepavital Zeltis,Sanocal C,;más tarde Cantan Bayer.-

Su análisis hemopatológico nos dió el siguiente resultado:

---Recuento globular---

Hemátíes..... 3.000.000

Leucocitos..... 4.000

Plaquetas..... 120.000

----Serie roja----

Hemoglobina..... 60%

Valor Globular..0,90 aproximadamente.-

Tiempo de coagulación 9 minutos.-

id. de hemorragia o sangría 8 minutos.-

Velocidad de sedimentación.-Ligeramente aumentada $\frac{8 \text{ más } 12}{2} = \frac{14}{2} = 17$

---Fórmula leucocitaria---

Polinucleares neutrófilos..... 57

Linfocitos pequeños..... 18

id. grandes..... 7

Monoцитos..... 16

Eosinófilos..... 2

Basófilos..... 0

Células de Rieder..... 0

100

Mielocitos..... 1
Juveniles..... 2
Cayados..... 14
Segmentados..... 40

Resultado: Curación y recobro de sus déficits post-palúdicos.-

Antes de terminar este capítulo hemos de advertir que estos estados convulsivos pueden en algún caso determinarse por la administración de la quinina en inyecciones, sobre todo en los lactantes, y así Epaar (Malayen-Mod-1937) nos previene contra su uso a las que achaca, en varios casos, se la causante de convulsiones y colapsos rápidamente mortales.-

Y no tan sólo son estos los peligros sino que su administración ocasiona múltiples trastornos en los enfermos, que al propio tiempo de ser palúdicos, padecen de insuficiencias renal, hepática, circulatorias, etc.-

Y por último estas lesiones del sistema cerebro-espinal pueden también ser originadas por Atebrina y demás drogas sintéticas determinando complicaciones sorprendentes e impresionantes, por lo que debemos ser parcos en su uso, en individuos sobre todo insuficientes de hígado o con alguna tara de importancia y sobre todo no prolongar su manejo más de cinco a siete días.-

(Psicosis atebrínica de Guija Morales).

También Field y Nieven insisten sobre la efectividad que tiene la Atebrina sobre el sistema nervioso, causando crisis apileptiformes, con gran frecuencia, en aquellos casos en que el fármaco atebrínico fué administrado por inyección (misonato de atebfina).-

Una última reflexión, cabe hacer en este punto, y es la de procurar establecer un diagnóstico diferencial de la malaria cerebral, con los procesos meningíticos, singularmente, con la meningitis tuberculosa, afección harto frecuente, por desgracia, y que pudiera despistarnos en un primer examen.- Claro es que la confusión no, puede persistir mucho tiempo pues aparte de la exploración clínica del enfermito (signos de Kernig, Brudzinski, Pandý, Nonne, Apelt etc) la demostración del hematozoario en sangre, esplenomegalia, fórmula leucocitaria con mononucleosis, habitual en la malaria o linfocitosis más propia de los procesos fímicos etc, disiparan las dudas que pudieran surgir.- Lo que si es imprescindible es la hematoscopia en todo enfermito afecto de convulsiones, proceder obligado para sentar prontamente un diagnóstico y atacar rápidamente el plasmodio con la medicación conveniente en el caso de que el fuera la causa del disturbio nervioso.-

PALUDISMO CEREBRAL DE ORIGEN VASCULAR.-

En los disturbios nerviosos de orden vascular ocasionados por la malaria se deben establecer y diferenciar los siguientes procesos:

- 1º Congestión cerebral
- 2º Hemorragia cerebral
- 3º Trombosis y embolias (vascularitis cerebral ó meningitis encefálicas)

PALUDISMO CEREBRAL MORTAL DE FORMA COMATOSA

F.A.T.- de 6 años de edad, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres) 16 de Agosto 1.943.

Antecedentes familiares.- Sin interés.

Antecedentes personales.- Nació à término; lactancia materna. Comienza su enfermedad hace mes y medio con fiebre de periodicidad irregular, con fríos unas veces, otras sin él, à veces vómitos, otras diarrea. Hasta entonces gozó de plena salud y buen desarrollo respondiendo su fórmula ponderal y estatural à la propia de su edad. Cierre de fontanelas y erupción dentaria à su debido tiempo. No distrofias óseas. Sarampión à los dos años, sin consecuencia.

Ha adelgazado mucho, se queja de dolor de cabeza y está muy pálido, sus padres achacan su estado a alguna gastritis. Se encuentra en estado caquético con arrugas en la cara y gran relieve de pómulos dándole un aspecto de viejecito; los ojos hundidos y violáceos. El tórax con gran relieve de cartilagos y costillas, parece sinórsario raquítico, abdomen muy abultado, como de batracos. Hipertrofia hepática muy acusada pero más aún la esplénica (base III de Boyd) ligeros edemas maleolares.

Exploración

Tegumento externo: Palidez acentuada. Temperatura de 39,7 grados.

Respiratorio: ^{Taquipnea} ~~Taquipnea~~ sin duda motivada por anoxemia derivada de su anemia:

Circulatorio: Ligera danza de carótidas. Sople funcional anémico, más ostensible en punta y fosa pulmonar, cianosis labial.

Digestivo. - Alternancia de vómitos y diarreas, sin orden ni regularidad. Los primeros biliosos; las segundas amarillas y como glabras, con algo de moco. Dolorimiento difuso abdominal.

Génito-urinario. - Ligeros indicios de albúmina.

Sistema nervioso. - Está excitado y como tembloroso, algunas incoherencia y fugas mentales durante la calentura.

Se toma sangre en gota gruesa y frotis y encontramos formas anulares relativamente abundantes de *Pl. falciparum*.

Su fórmula hemática es la siguiente:

Recuento globalar.

Hemáticos en un mm³ de sangre.....3.400.000.
Leucócitos " " " " " 4.700.

Serie roja.

Hemoglobina 61%
Valor globular. Aproximado á la unidad.
Tiempo de coagulación II minutos.
" de sangría ó hemorragia..... 7 "
Velocidad de sedimentación. Moderadamente aumentada.
Anisocitosis, poiquilocitosis y policromasia; anisocromia.

Fórmula Leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	59	{ Mielocitos .1 Juveniles .4 Cayados.....14 Segmentados..40
" Eosinófilos.....	1	
Linfocitos pequeños.....	20	
" grandes	7	
Monocitos.....	13	
	<u>100</u>	

Se le pone tratamiento á base de dos comprimidos de Atepé diarios, uno á medio-día y otro por la noche con abundante cantidad de líquido para diluir y obtener una mejor absorción y con observación por si esta dosis por excesiva no la tolerará y fuera preciso rebajarla á tableta y media. La consiente bien;

Se le completa el tratamiento con Alfa-Delta (vitamina H y D, y licor arsenical de Favvier.

Parecía conllevar bien el tratamiento cuando inesperadamente al cuarto día de enfermedad nos requieren con toda urgencia en vista de la agravación súbita del niño al que encontramos en el siguiente estado.

Ictus apoplético con convulsiones clónicas y gran irritación cortico motora, taquicardia de 140 al minuto, sin fiebre, trismus, desviación del globo ocular izquierdo, dilatación pupilar de ambos ojos, exaltación de reflejos tendinosos, sin coordinación de las pocas palabras que pronuncia, rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski positivos, igualmente lo es el reflejo plantar de Babinski. Respiración de Chei-ne Steke.

Rápidamente y sin darnos apenas tiempo a ensayar la terapéutica apropiada (hielo en cabeza, punción lumbar, sinapismos intensos y generalizados y sanguijuelas en mastoides), entra en coma profundo con absolutainscencia, hipotensión muscular, fiebre de 38,7 grados respiración estertorosa, relajación esfinteriana y "exitus botalis".

En gota gruesa que pudimos tomar breves momentos antes de fallecer el enfermito, volvemos a encontrar momentos de lacerania malarica en gran abundancia.

Observaciones y comentarios.— Este caso a diferencia de otros semejantes, se presta a la singular consideración de la ineficacia del Aterp para borrar de su sangre las formas anulares de lacerania, hecho sorprendente que únicamente encuentra explicación en la no absorción del medicamento por déficit funcional de su óndene, a por deficiente metabolización del mismo en el parenquima hapatice.

Por la demás el óbite a que nos referimos, sin duda, fué determinado por una meningitis paládica habida cuenta de no encontrarse otra etiología (lues, procesos meningo-encefalíticos por estreptococos neumococos, a meningococos, etc.).

N O T A Tan rápido fué el desenlace que no nos dió tiempo para llevar a cabo con la previa punción lumbar el consiguiente análisis de su líquido cefalo-raquídeo.

Antonie Cepeda Bermejo, de 14 años de edad, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres) 4 de Septiembre de 1.943.

Antecedentes familiares è hereditarios.— Padres sanos. Sus hermanos disfrutaban de excelente salud à excepciòn de su hermano mayor que està ciego; le dan ataques de epilepsia Jaksonniana.

Antecedentes personales.— Paliducho. Tvo sarampiòn a los 4 años, varicela a los 7. Se ha criado siempre, desmedrado, y dèbil.

Enfermedad actual.— Viene a la consulta del Dispensario por vez primera el 4 de Septiembre de 1.942. Aqueja fiebre diaria que se exacerbaba de noche con gran dolor de cabeza, temblor y algunas veces calambres en las extremidades.

En la gota gruesa de sangre se encuentran abundantes esquizontes de Pl.vivax. Se le somete a tratamiento de Atepè durante siete dias a la dosis de tres tabletas diarias, en tres tomas de una tableta à cada una de las principales comidas, con abundante liquido para disuirla convenientemente, à fin de obtener, una mejor tolerancia digestiva. Desaparecen los accesos. Parece mejorar asimismo de su anemia y agotamiento merced a los extractos hepaticos y medicaciòn arseno ferruginosa. Sigue aparentemente bien hasta el 27 de Abril en que nuevamente nos consulta porque le han vuelto las fiebres que se le presentan sin periodicidad determinada pero con gran pesadez de cabeza y a veces vòmitos. En la nueva investigaciòn hematològica muestra anillos de Pl.vivax igual que en la vez anterior y ademàs gamontes de la verania (semilunas) indicandonos que ò bien se ha reinfectado con esta nueva especie, ò que ya padeciò una infecciòn mixta desde primera hora y que nosotros no acusamos sino la de Pl.vivax, tan sòlo. Repetimos el tratamiento por Atepè, por no contar, de momento con otra medicaciòn en el Dispensario.

Explorado convenientemente encontramos:

Tegumento externo: Palidez manifiesta.

Respiratorio.— Disnea de esfuerzo.

Circulatorio.— Soplo de regiòn mesocàrdica, con ligera danza de carótidas que atribuimos a fluidez sanguinea dándole significado funcional.

No se encuentran à este respecto antecedentes de lues, ni reumatismo ni antecedentes septicémicos con foco amigdalino, faringeo etc. Edemas maleolares discretos, taquicardia alrededor de 100 pulsaciones al minuto, tono hipotenso. Tensiones arteriales, máxima 11, mínima 6 c.m. Digestivo.—Anorexia, pesadez en las digestiones, algun despeño diarreico, de vez en cuando.

Genito-Urinario.—Polaquiuria.

Sistema nervioso.—Excitabilidad, insomnio, pesadillas, algunas veces calambres, otras neuralgias.

<u>Sangre.</u>	<u>Recuento Globular.</u>
Hematies.....	3.400.000
Plaquetas.....	125.000
Leucocitos.....	4.000

Serie Roja

Hemoglobina.....	67%
Valor globular.....	1,1
Tiempo de coagulación.....	8 minutos
" " sangría ò hemorragia	7 "

Fórmula Leucocitaria

Polinuclear	58	Mielocitos = 1
Linfocitos	37	Linfocitos = 4
Eosinófilos	0	Eosinófilos = 11
Basófilos	0	Basófilos = 41
Monocitos	5	Monocitos = 18
		Granulos = 14
		Monocitos = 11
		<hr/> 100

Velocidad de sedimentación, moderadamente aumentada.

Poiquilocitosis, anisocitosis, policromasia, anisocromia.

En esta situación volvemos a insistir en las medidas higiénicas terapéuticas de extractos de hígado fuerte (anemiol Ibis) medicación marcial, arsenicales que estimulen a los órganos hematopoyéticos a la regeneración sanguínea. Mejora de su estado nutritivo y de color, tiene más apetito y duerme con mas regularidad.

En esta situación el 17 de Septiembre de 1943 le aqueja un intenso dolor de cabeza, le da un mareo y pierde súbitamente el conocimiento. Nos llaman para asistirle à toda prisa y nos le encontramos en el siguiente situación: Subarado, con fuerte rigidez de nuca Kernig y Brudzinski positivos, triemer, estrábico, con gran taquicardia ò hipotermia (36,1°), dilatación de ambas pupilas, afásica aun cuando parece que en ciertos instantes quiere recobrar el cono-

cimiento. Ràpidamente evoluciona hacia el coma con obnubilidad total y completa, insensibilidad, hipotonia muscular y vascular gran taquicardia (140 al 50 al minuto) relajaciòn de esfinteres, respiraciòn estertosa etc; "exitus letalis".

Observaciones y comentarios..- En cuadro analizado nos sugiere las siguientes consideraciones: 1ª Que las formas de infecciòn mixta se prestan si no se da una completa cuenta de la doble especie al diagnostico simple de la terciana dejando cojo el tratamiento en lo mas interesante, esto es de la forma tròpica màs peligrosa y de que aun cuando se establezca un diagnostico correcto siempre serà mas rebelde a la medicaciòn, la afectada por doble parasitismo. 2ª Que como ya hemos repetido el Atepe es un insuficiente gameticida por su escaso contenido plasmquinico,dejando por consiguiente sin esterilizar la infecciòn laveranica, precisamente la màs amenazante, quedàndola, tan solamente apaciguada y en forma latente y en condiciones de que brusca è inopinadamente pueda multiplicarse y difundirse llegando, en ocasiones, como en la presente a atascar los vasos meningo-encefàlicos ocasionando trombosis è tal vez embolias netamente parasitarias con las congestiones, reblandecimiento hemorragias, cerebrales etc consecutivamente de muerte ràpida è muchas veces fulminante y por regla general irremediable por no dar tiempo a actuar. Es pues imprescindible que ante estos cuadros dramaticos han de ponernos en guardia y hemos de estar vigilantes en situaciones anàlogas para seguir con interes su marcha y estar pronto è intervenir al menor indicio de recaida è tan solo de un estancamiento en la mejoría, que puedan situarnos en la pista de un estado de latencia palúdica, con la amenaza de peligrosa recaida. En este sentido nos reiteramos propicios a volver por los fueros de la medicaciòn combinada de quinina-plasmoquina en las dosis apropiadas y eficaces.

=====

Angel Alegre Benitez, de treinta y cuatro años de edad, natural de Collado de la Vera (Càceres) casado, con tres hijos, 25 de Septiembre de 1.943.- 7 de Abril de 1.944.

Antecedentes familiares..- Sus padres murieron de edad avanzada sin

datos de particular interés. Uno de sus hijos murió, al parecer, de meningitis tuberculosa á la edad de siete años.

Antecedentes personales.— En la infancia las eruptivas propias de esta época de la vida. En la pubertad una infección banal posiblemente de naturaleza colibacilar de la que libró sin consecuencia.

Enfermedad actual.— Viene a nuestros servicios por vez primera el 25 de Septiembre de 1943 con motivo de unas fiebres que empiezan en forma alterna y continúan cotidianamente con gran calofrío, temblor que le quedan muy abatido, muestra una palidez acentuada y se halla muy demutrido, con aspecto caquéctico, con facies rugosa y pulsos muy marcados a consecuencia de haber desaparecido su pániculo adiposo facial (bala adiposa de Dicht).

Muestra un vientre voluminoso debido principalmente a su hipertrofia hepática y esplénica (Bazo III de la escala de Boyd)

En la gota gruesa de su sangre aparecen abundantes formas amulares dudosa en cuanto a su catalogamiento de especie si bien nos inclinamos a pensar se trate de *Laverania* por las características que presentan (formas como de signos de interrogación y mas bien de admiración y sobre todo porque en los frotis hechos con este propósito de desemascarar la variedad parasitaria encontramos algunos hematies biparasitados, hecho que abona nuestra presunción.

Se le prescribe tratamiento Standard de Atepé con arreglo a la pauta que impone la escasez de otros medicamentos antipalúdicos sobre todo quina y plasmquina con que en muchas ocasiones no contamos en el Dispensario. Además parece ser según nos informan sus familiares apenas se le suprimieron las fiebres, esto es al 4º día de su tratamiento no esperó a terminarlo, sino que creyéndose curado lo abandonó, (y según él no le sentaba bien y temía además pigmentarse de amarillo). Pasó el otoño y el invierno ligeramente mejorado, recobrando un tanto el apetito que había perdido, las fuerzas y un poco de color, que sin embargo no se normalizó nunca, así como el cansancio que aún le restaba ánimo para el trabajo. Su carácter se enristeció acusadamente como llamados urgentemente para asistir -

le el día 7 de Abril de 1944 encontrandonoslo en la siguiente situación: Acentuadamente palido, muy desnutrido, con aspecto de envejecimiento muy prematuro, vientre de batraceo hepato y esplenomegalia acusada (bazo III de la clasificación de Boyd).

Exploración.- Tegumento externo.- Palidez extremada.

Respiratorio.- Taquipnea.

Circulatorio.- Taquicardia, tonos apagados, algun extrasistole aun cuando raro y ligera danza de carótidas.

Digestivo.- Anorexia, algun vomito aislado y replección gastrica pronta, algunos gases con eructos y ventosidades, timpanismo.

Uro-Genital.- Polaquiuria en algunas ocasiones sin ser muy pertinaz.

En el momento, se ha comprobado en su orina discreta albuminuria.

Sistema nervioso.- A raíz de haber padecido las calenturas que él creyó desterradas y curadas, ha estado escitado costandole gran esfuerzo y paciencia conciliar el sueño que además era anormal, con pesadillas y visiones raras. Sufrió tambien en dos ocasiones calambres en las piernas y neuralgias en distintos sitios del cuerpo que él estimó como dolores reumáticos.

Temperatura en el momento de la observación 36,1°.

Discretos edemas maleolares.

En gota gruesa y frías hallamos abundantes monontes de Pl. vivax y menos pero tambien en considerable cantidad gamontes de laverrania malariae por lo cual concluimos un diagnostico de paludismo mixto de tercianas y estio-otoñal, de caracter grave.

Se le inyecta dado lo urgente del caso 0,50 gr. de bicloshidrato de quinina con un miligramo de adrenalina por via endovenosa, con la intencion de ganar tiempo para continuar con quinina por via oral y terminar con plasmoguina, bien por os, ó para mayor garantia de absorción, por via intramuscular (Plasmoguina Bayer en inyectables).

Desgraciadamente no nos da tiempo pues a la mañana siguiente vuelven a llamarnos con urgencia hallandole en estado meningitico

con: resolución muscular, ojos desorbitados, rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski positivos, taquicardia de 140 pulsaciones al minuto gran dilatación pupilar de ambos ojos, exaltación de reflejos tendinosos, respiración de Cheine y Stokes, afasia etc.

Seguidamente a pesar de nuestros recursos (bolsa de hielo punción lumbar, cafeína etc) cae en profundo coma con hipotenia muscular y vascular obnubilación total, anestesia profunda, ascenso térmico de 38,7° respiración estertorosa y muerte.

Observaciones y comentarios.— 1° Este caso a diferencia de los anteriormente estudiados, con características y evolución clínica semejantes presenta una parasitación mixta en el que se conjugan la agresividad de dos especies distintas (*Pl.vivax* y *Pl.falciparum*) dificultando, como es lógico entrever el éxito terapéutico.

2° Es un caso mas de latencia palúdica por una caprichosa y mal entendida interrupción del tratamiento prescrito que es lógico presumir hubiera obtenido eficacia, de haberlo ejecutado fielmente o al menos, hubiera establecido un compás de espera para haber rematado con medios aún más heroicos. (salvarsan y stovarsal y sobre todo medicación intensiva de bisulfato de quinina seguido de una cura plasmagüina en regla).

Por otra parte el análisis de su evolución excluye el que las anomalías de carácter y alteraciones nerviosas (psicosis por intoxicación atebírica (Dr. Guija Morales entre nosotros y E.VV.Allencl Fulgham en Estados Unidos fueran debidas a las dosis inapropiadas o intoleradas por excesivas por cuanto se interrumpió, asaz prematuramente, la medicación recomendada.

En el frotis tomado horas antes de ocurrir el óbito se apreció la siguiente fórmula leucocitaria:

Polinucleares neutrofilos.....	62	}	Mielocitos.....	2
Eosinófilos.....	2		Juveniles.....	5
Infocitos pequeños.....	17		Cayados.....	15
" grandes.....	4		Segmentados.....	40
Monocitos.....	13			

Basófilos..... 1
 Células de Rieder... 1
 100

Y en el recuento practicado en identicas circunstancias y momento lo siguiente:

Hematies..... 2.700.000
 Leucocitos..... 3.100

Serie Roja

Hemoglobina..... 57%
 Valor globular.Aproximado a la unidad.
 Tiempo de coagulaciòn..... 8 minutos
 " " sangria ò hemorragia... 7 "
 Velocidad de sedimentaciòn.Bastante aumentado.

N o t a.— Se nos olvidaba consignar la degeneraciòn globular apreciada en el tejido hemático del frotis con poiquilocitosis, anisocitosis, policromasia y anisocromia.

Julita Arjona Pérez. de $\frac{6}{12}$ años de edad, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres) 17 de Agosto de 1941.

Antecedentes familiares.— Su padre bronquítico, su madre sana y de gran complexiòn, otros dos hermanitos se desarrollan en óptimas condiciones.

Antecedentes personales.— Nació a término y su desarrollo estatural y ponderal respondió siempre a su edad. El cierre de fontanelas y la erupciòn dentaria (el incisivo medio, unico con que contaba en la actualidad) normal. Lactancia materna bien llevada, sin ningun contratiempo.

Enfermedad actual.— Hace siete días se la inician unas fiebres de forma alterna primero, para estancarse luego en cotidianas. Se acompañan de calofrío, temblor. Ha perdido de peso, sin que pueda su madre aquilatar cifras. Durante los accesos, vómitos de caracter bilioso, queda muy postrada. La madre lo achacaba a trastornos en la dentinciòn y tan solo recurre a su medico particular con motivo de

un ataque convulsivo que innopinadamente la sorprende. En este momento nos envían una preparación con su sangre para que rápidamente diagnostiquemos parasitológicamente y además la invitación por parte del compañero, para su examen clínico, apercibido de nuestro interés por estos estudios.

Llevamos a efectos la investigación que nos evidencia numerosos monotes de *Pl. falciparum*. En estas condiciones de común acuerdo los dos médicos dada la inminente gravedad de la enfermita la inyectamos por vía yugular 0,25 gramos de biclorhidrato neutro de quinina, se la pone bolsa de hielo en cabeza, emisiones sanguíneas en mastoides y sinapización generalizada a tronco y extremidades inferiores, cafeína, punción lumbar.

A continuación procedemos a su exploración con el resultado siguiente:

Tegumento externo.— Palidez acentuada. Temperatura de 35,42.

Aparato respiratorio.— Respiración de Cheines Etokes.

Aparato circulatorio.— Taquicardia de 140 al minuto, cianosis edemas maleolares.

Digestivo.— Saburra lingual, timpanismo, mateorismo, vómitos y en este momento, relajación del esfínter anal con una profunda salida de heces teñidas muy en verde. Hígado hipertrófico, bazo también nº II de Boyd.

Urinario.— Sin interés, orina sin albúmina.

Sistema nervioso.— Convulsiones tónicas y clónicas. Kernig y Brudzinski negativos, ligera rigidez de nuca, Babinski moderadamente positivos, exaltación de reflejos tendinosos. En la punción lumbar llevada a efecto momentos antes de su óbito no acusa nada patológico.

En sus datos de laboratorios fueron los siguientes:

Hematies.....	3.000.000.-	<u>Recuento Globular</u>
Leucocitos.....	3.400.-	
Plaquetas.....	120.000.-	

Serie Roja

Hemoglobina..... 70 %
 Valor globular..... 1,2
 Tiempo de coagulación..... 8 minutos
 " " sangría..... 7 "

Formula Leucocitaria

Polinucleares neutrófilos.....	57	}	Mielocitos.....	1
Linfocitos pequeños.....	22		Juveniles.....	3
" grandes.....	3		Cayados.....	13
Monocitos.....	17		Segmentados.....	40
Eosinófilos.....	1			
Bastófilos.....	0			
Células de Rieder.....	0			
	<u>100</u>			

Velocidad de sedimentación. Moderadamente aumentada.

Seguidamente y sin darnos tiempo a despejar el cuadro que tan dramático se nos ofreció, desde el primer momento, en la enfermita, profundo, con resolución muscular, hipotonía vascular acentuada, que no obedece a la adrenalina, respiración estertorosa, relajación de esfínteres y "exitus letalis".

Observaciones y comentarios.— Este interesante y malogrado caso apenas ofrece otra consideración, que la, ya, tantas veces repetida, inclinación ó preferencia del parásito palúdico por el terreno nervioso (neurotropismo malarico) singularmente peligroso en la infancia por los deterioros y lesiones de profunda gravedad, que motiva en ellos, de modo fulminante la muerte.

Fue tan rápido el desenlace, motivado, sin duda, por tardanza en la madre, confiada ciegamente en un trastorno de erupción dentaria en acudir a nuestros auxilios que apenas nos dio tiempo para llevar a cabo en ella un estudio mas acabado. Sin embargo el desecho de tetania, espasmo filia raquitismo y demás distrofias óseas por hipocalcemia é hiposfosfatemia, así como la carencia de antecedentes lúeticos en sus padres, y la ausencia en la enfermita de vermes y otras clases de gusanos y el no hallar en su orina albúmina que pudiera

indicar rastro de eclampsia uremica y por último no hallar nada patológico en el líquido cefalo-raquídeo de su punción lumbar, nos inclinamos como en otros casos semejantes a pensar como etiopatogenia de este proceso en una trombosis, y mejor, una embolia parasitaria cerebral por *Laverania malariae*.

E. G. A. de 34 años de edad, natural de Jaraiz de la Vera (Cáceres)
4 de Septiembre de 1.942 - 22 de Julio de 1.943

Antecedentes familiares.- Su padre vivió siempre sano. Su madre padeció ataques nerviosos en varias ocasiones de los que se reponía prontamente y sin consecuencia.

Antecedentes personales.- En la infancia se registran las enfermedades eruptivas propias de su época. Mas tarde tan solo acusa una gastritis que no deja secuelas.

Enfermedad actual.- El 4 de Septiembre de 1942 acude al Dispensario Antipalúdico por que la habían dado tres accesos febriles en días seguidos con gran cefalalgia, de los que quedó deprimido y sin fuerzas. Palidez acentuada, anorexia, marcada astenia. Ligeros edemas maleolares. Caquexia manifiesta con arrugas múltiples de las facies y pómulos muy salientes y desaparición del pániculo adiposo de la cara (bolsa adiposa de Bioghat) así como el abdominal que lo ha dejado magro. El torax aparece con gran relieve de la parrilla costal. En vientre o sin duda por su desengrasamiento, se muestran más acusados límites hepáticos y esplénicos demostrando la hipertrofia de ambas vísceras (bazo II de la escala de Boyd).

En gota gruesa se muestran abundantes formas amebas de *Laverania malariae*.

Exploración. Tegumento externo.- Palidez muy acusada.

Respiratorio.- Disnea de esfuerzo.

Circulatorio.- Ligeros soplos de región mesocárdica que por no estar justificado por historial cardíaco y no contar con antecedentes reumáticos ni lústicos achacamos a fluidez sanguínea calificandolo, por consiguiente, de funcional. Taquicardia moderada de 95 a 100 pulsaciones al minuto, hipotensión vascular.

Tensiones arteriales: Máxima = 12 cm. que para su edad más bien
Minima = 6 mm denotan astenia cardio vascular.

Digestivo.— Pesadez y replección gástrica aun cuando con comidas pequeñas, eructos.

Génito-Urinario.— Polaquiuria, ligera albuminaria.

Sistema nervioso.— Muy excitable, con prontas reacciones emotivas e temperadas insomnio pertinaz. Algunas aun cuando tardías ausencias y fugas mentales.

Los datos de laboratorio fueron los siguientes:

Recuento globular

Hematies..... 3.400.000
Leucocitos..... 4.000
Plaquetas..... 125.000

Serie Roja

Hemoglobina..... 65%
Valor globular. Aproximado a la unidad.
Anisocitosis, poiquilocitosis, policromasia, Anisocromia.
Tiempo de coagulación..... 7 minutos
" " hemorragia ò sangría..... 6 "
Velocidad de sedimentación. Moderadamente aumentada.

Forma leucocitaria

Polinucleares neutrofilos.....	61	}	Mielocitos.....	1
Eosinofilos.....	2		Juveniles.....	4
Basófilos.....	0		Cayados	9
			Segmentados.....	47
Células de Rieder.....	0			
Linfocitos pequeños.....	14			
" grandes.....	6			
Monocitos.....	<u>17</u>			
	100			

Se le recomienda reposo, régimen vitaminico y extractos hepáticos, y como tratamiento de su infección laveránica, la pauta standard que comunmente adoptamos en nuestros enfermos del Dispensario Tres tabletas diarias de Atepa, en tres tomas, de una tableta a cada

comida con una abundante cantidad de liquido para conseguir, con una mayor dilución, una mejor tolerancia.

A partir de entonces parece mejorar dedicandose a sus faenas y quehaceres habituales.

Al año siguiente, por la estación primaveral, sintió malestar general con el cansancio y depresión y creyendolo debido a una posible recaída de su afección palúdica antes de que le sometieran las fiebres que ya presentia tomó por su exclusiva cuenta y sin orden ni concierto sino arbitrariamente, unas píldoras de quinina que parecieron aliviarle de aquellas molestias, por lo cual prescindí de acudir a nuestra consulta dispensarial. En este punto los hechos el 22 de Julio de 1943 somos avisados, con gran alarma de los familiares, en razón de su repentina agravación, hallandole con un ictus aplopletico con gran cefalalgia, agitación neuromuscular, que inmediatamente da paso a un estado de helenegía del lado derecho, con afasia, pérdida del conocimiento, desviación del globo ocular derecho, midriasis de ambos, exaltación de reflejos, bradicardia, Babinski positivos etc. evidenciando una hemorragia en el hemisferio izquierdo. Muy aceleradamente sin darnos tiempo a poner en marcha nuestros recursos terapeuticos, (hielo en cabeza, punción lumbar, suero hipertónico, sangría etc. entra en coma profundo con respiración de Cheine-Stokes, gran resolución muscular, hipotonía vascular, fiebre de 38,7°, gran relajación de esfínteres, finalmente, respiración estertorosa y frialdad generalizada que anuncian y preparan el "exitus letalis". En el examen de una gota gruesa de su sangre, recogida dos horas antes de su muerte hallamos gran cantidad de hemilunas.

Observaciones y comentarios.— 1º Insistir en nuestro criterio de que el Atepa, por si solo, es insuficiente gameticida por su escasa cantidad de Plasmoguina. En virtud en todo caso de la verania en donde no poseemos la seguridad de haber esterilizado al enfermo por aniquilamiento de sus parasitos (gamentos) debemos estar alerta al menor sintoma de recaída, para intervenir activamente y evitar, de

este modo, una múltiple y difusión parasitaria que al ganar la vía cerebral, puedan originar graves lesiones de este delicado territorio orgánico bien en su textura y más seguro aun en vasos (trombus, embolias, roturas vasculares con la hemorragia consiguiente. Es prudente pues instaurar un tratamiento de más alto contenido plasmoguínico combinando la atebрина ó mejor aún, la quinina, dadas en el primer tiempo. Con la plasmoguina simple al final y en las dosis, que ya han garantizado una plena eficacia gametocida (de 4 a 6 centigramos de plasmoguina diarios durante cinco días ó suministrar conjuntamente las dos medicaciones con los preparados de plasmoguina compuesta ó quino plasmoguina en las cantidades y tiempo convenientes.

Todos estos casos nos sugieren la reflexión de que son, integra y decididamente provocados por el plasmodio, pues en ninguno de ellos se encuentra atisbo ni rastro de gérmenes neurotrópicos que hallan determinado la agresión meningo-escefálica (ausencia de período de incubación de anginas, faringitis, otitis atec. sospechosa, como focos de vecindad ó irradiación, ningún asomo de barrunte septicémico).

Lo que si parece cada vez mas cierto es la afinidad del homatozoario por el tejido nervioso y singularmente por el terreno cerebral, neurotropismo malarico, Prueba evidente de este aserto son los optimos resultados como terapeutica en la parálisis general progresiva y en otras afecciones del neuro-eje (malariaoterapia de Wagner V. Janregg) Sobre este punto hemos de considerar la peligrosidad de la *Laverania* especie grandemente mas maligna que la terciana y cuartana (esta última, dicho sea, apenas cuenta en nuestro ambiente, por estar prácticamente desterrada, abolida. Parece ser que las formas más sombrías y amenazadoras son las que ocasionan estas capilaritis cerebrales en donde no podemos aquilatar que es lo mas alterante si el atasco mecánico, verdadera embolia parasitaria ó la toxo-plasmosis, diosia, esto es, la intoxicación ó alergia provocada por liberación a este nivel, de albuminas del parásito que podrian actuar como toxinas ó alérgenos rapidamente funestos. Todavía aún más complejas son las formas mixtas que deben preocuparnos en el diagnóstico correcto

242

para ajustar a él muestra mas idónea y activa terapéutica.

P. N. S. de 30 años de edad, soltera, natural de Jaraiz de la Vera 25 de Agosto de 1942 - 7 de Abril de 1943 - 25 Mayo de 1943.

Antecedentes familiares.— Su madre sufrió ataques de nervios, de vez en cuando, con privación del sentido, mordedura de lengua y golpeándose, a ,veces, fuertemente con la boca llena de espuma sanguinolenta. Su padre normal, murió de enfermedad pulmonar aguda. Tiene un hermano, retrasado mental.

Antecedentes personales.— Menarquia a los 16 años, con menstruación escasa, y de mal aspecto. Ataques de epilepsia jacksoniana desde la edad de 7 años con obnubilación sensorial, gran disturbio neuro-muscular con intensa agitación, rotación de ojos y pérdida total de la conciencia. Recobra muy lentamente el conocimiento y queda muy abatida y anémica.

Enfermedad actual.— La examinamos por vez primera en nuestra consulta del Dispensario con motivo de aquejar fiebres, sin regla ni periodicidad determinada, pero siempre con intenso calorífrío, pesadez, y gran modestia cerebral (25 de Agosto de 1942).

En su gota gruesa hallamos abundantes formas amulas de Pl. falciparum.

En su exploración clínica registramos los siguientes datos:

Tegumento externo.— Palidez acentuada y caquexia con piel granulada por desaparición de su papículo adiposo tanto en cara (bolsa adiposa de Dietl, como en vientre. Ha perdido siete kilogramos de peso. Rosario raquíptico y torax estrecho.

Respiratorio.— Disnea de esfuerzo.

Circulatorio y sangre.— Ligero soplo en foco untral, irradiado a axila. Taquicardia de 125 a 130 pulsaciones al minuto, ligeros edemas maleolares, que desaparecen con el reposo de la noche, ligera cianosis labial. Rara epistaxis.

Digestivo.— Vientre de batracoo. Hepato y esplenomegalia (bazo II de la escala de Boyd) Pesades y lentitud digestiva, anorexia.

Sistema Urinario.—Menstruación escasa y con dolor en región lumbar
Leucorrea. Pelaquiuria. Ligeros indicios de albúmina.

Sistema nervioso.— Los ataques de epilepsia ya mencionados, fugas
mentales.

Psiquis. Oligrefecia, rallana en la idiocia.

Temperatura habitual 37 1/2 grados.

Se la somete al tratamiento de Atepè durante 7 días a 3
tabletas diarias, una después de cada comida con abundante canti-
dad de líquido para obtener una mejor tolerancia.

Parece mejorar un tanto de sus achaques anteriores.

No obstante en 7 de Abril de 1943 vuelve al Dispensario
aquejando cansancio, fatiga, mareos y una irreductible anorexia, gran
palidez, edemas maleolares mas acusados que de ordinario, ha perdi-
do aún más de peso (pesa en la actualidad tan solo 47 Kgs). La han
dado unas fiebres que según un familiar, que la acompaña, muy altas
con gran calofrío y dolor de cabeza.

Se la investiga nuevamente parasitos y hallamos en modera-
da proporción. Semilunas.

Reiteramos idéntico tratamiento de Atepè, por no disponer
por el momento en nuestro servicio de otra medicación. Se la pres-
cribe además Cebión y Bitabión (Vitaminas C.yB.) alternativamente.

Sus datos de laboratorios fueron los siguientes:

Recuento globular

Hematies.....	3.400.000 m.m.	3
Leucocitos.....	3.700 "	"
Plaquetas.....	115.000 "	"

Serie Roja

Hemoglobina.....70%

Valor globular. Aproximado a la unidad.

Tiempo de coagulación..... 9 minutos.

" " sangría ò hemorragia..... 8 "

Velocidad de sedimentación. Moderadamente acelerado.

Poiquilocitosis, anisocitosis, policromasia, anisocromia.

3ª.- Surgenos la duda, en este caso, de si el ataque apoplético de hemi-cerebro izquierdo en región 4 6 desencadenado por su mal Jackson-

niano o por una recidiva de laperanía con afectación meningo-cerebral por vascularitis intensa y subsiguiente hemorragia, a la vista de que en gota gruesa afectada en el umbral del "exitus" no pudimos hallar parásitos.-No obstante, nos inclinamos a pensar en esta etiopatogenia parasitaria valorando sus recidivas anteriores a su hígato y esplenomegalia, su acentuada y persistente anemia, fragilidad hemática y alteraciones cardíco-vascular etc.-

Agapito Encinas Careña, natural de Casas de Belvis (Cáceres de 14 años de edad, del campo.-7 de marzo de 1.943.-

Antecedentes familiares.- Su padre moderadamente alcohólico, que aún cuando, sus manifestaciones, no llega nunca a la embriaguez, bebe con frecuencia; su madre endémica y anémica.-Dos hermanos viven, sanos y robustos.-

Antecedentes personales.-Nacimiento normal, lactancia mixta, sin grandes disturbios digestivos.-Sarampión a los tres años, difteria a los cuatro. Tanto de uno como de otra cosa salió sin reliquia patológica alguna.-Desde entonces su desarrollo tanto somático como psíquico fué normal, sin alteración orgánica ni funcional (sensorio despejado, sin rarezas, hábito tranquilo, no acusa tics, sueño tranquilo).-

Enfermedad actual.- El pasado año tuvo por el mes de Septiembre unas fiebres altas que cedieron a la quinina dosificada al buen criterio de su madre que supuso fueron palúdicas (por su fisonomía netamente terciaria, proceso frecuente y conocido en la región.-Desde entonces perdió el color, disminuyó de apetito y consiguientemente de peso, aquejando frecuente dolor y pesadez de cabeza.-Sus padre no le concedieron mayor importancia atribuyéndole al déficit propio del desarrollo puberal.-Así las cosas el día 1º de marzo del año 1943 le acometió nuevamente fiebre alta con diarrea profusa mucoso-purulenta y a veces teñida de sangre con gran tenesmo.-Su médico familiar en el supuesto se tratara de una colitis-mucoso-membranosa le prescribió una fórmula antidiarreica y calmante que consiguió normalizar el tránsito intestinal.-El día cuatro del mismo Marzo le repite otro acceso fuerte

seguido de amodorramiento cerebral con embotamiento sensorial, incoherencia y fugas mentales que justamente alarman a sus familiares.-Recobra el conocimiento más no la normalidad, pues queda muy abatido con gran cefalalgia y un estado de sensibilidad y de aletamiento.-El día 7 por la mañana en vista de que el enfermo no reaccionaba y encontrándose en el campo de este término municipal lo traen a casa de unos parientes de donde soy reclamado para asistirle encontrándose con el siguiente cuadro:

Varón de 14 años, bien desarrollado esquelético y muscularmente, buen panículo adiposo, palidez acentuada con matis terroso.-Volumen de vientre exagerado como de batraco, hepato y esplenomegalia (Número II de la clasificación de Boyd) fiebre de 38,7°.-

Exploración.- Tegumento externo.- Palidez acentuada.-

Respiratorio.- Disnea, aun hallándose acostado.- (luego Cheine-Stoque).-

Circulatorio.- Taquicardia de 130 a 140 pulsaciones al minuto, hipotonía vascular, algún extrasístole.- No existen soplos.-

Digestivo.- Vómitos, momentos antes de mi llegada porraceos y con abundante cantidad de bilis.- Vientre muy abultado, pero sin ascitis, defensa muscular (como en tablero de damas de los tuberculosos peritoneales).-

Génito-Urinario.- Oliguria.-

Sistema nervioso.- Insensibilidad, apatía, obnubilación cerebral, midriasis de ambas pupilas, exaltación de reflejos, abolición del lenguaje, temblor de lengua.-

A la vista de todos los datos clínicos rápidamente en afán legítimo de conjurar aquel cuadro, procedimos a inyectarle 0,50 gr. de biclorhidrato neutro de quinina por vía endovenosa, ponerle en posición de Trendelenburg, cafeína y adrenalina en vena, suero Hayem, vendaje de extremidades inferiores con el fin de llegar sangre al encefalo que creemos exangüe, y cuando nos disponíamos a procurar transfusión sanguínea entra velozmente en coma profundo con gran hipotonía vascular, relajación muscular y de esfínteres, inconciencia absoluta, falta de reacción pupilar, descenso brusco de la hipotermia, respi-

ración de Cheine-Staques y Musmaul y luego estertorosa y finalmente el es-
perado "exitus letalia".-Previamente, en el primer momento se practicó gota
gruesa y frotis y teñidos que fueron por el Giemsa, evidenciaron abundantes
semilunas.-

Los restantes datos de su análisis de sangre fueron: (obtenidos dos horas
antes del fallecimiento).-

--Recuento globular--

Hemáties..... 2.700.000
Leucocitos..... 3.400
Plaquetas..... 70.000

--Serie roja--

Hemoglobina..... 55%
Valor globular.-Aproximado a la unidad.-
Tiempo de coagulación..... 8 minutos.
Id. de sangría o hemorragia 7 id.
Velocidad de sedimentación.-Moderadamente elevado.-

----Fórmula leucocitaria--

Polinucleares neutrófilos.....67	}	Mielocitos....1
Eosinófilos..... 2		Juveniles....4
Basófilos..... 0		Cayados.....17
Células de Rieder..... 1		Segmentados...45
Linfocitos pequeños..... 18		
Id. grandes..... 1		
Monocitos..... 11		

100

Observaciones y comentarios.-1º.-Que este enfermo venía sin duda padeciendo
desde el mes de septiembre pasado una infección por laverania malariae que
fue silenciosa provisionalmente tratada con dosis, asazmente insuficientes,
de quinina, quedando en latencia peligrosísima, no tan sólo por esto sino por
no haber tomado plasmoquina.(gameticida.-
2º.- Que esta infección latente se reavivó y ocasionó una recidiva primave-

ral ocasionando una gran congestión de la circulación mesentérica con vaciamiento de los depósitos sanguíneos de reserva (bazo sobre todo).-

3º.-Que esto produjo un colapso cerebral y sobre todo bulbar causa de la muerte.-

Domingo Sánchez Paz, de 40 años, casado, natural y residente en Jaraiz de la Vera (Cáceres) 7 de Agosto de 1.944 -- 7 de febrero de 1.947.-

Antecedentes familiares.- Su padre alcohólico con episodios de delirium Tremens, su madre cardiopata por insuficiencia mitral.-

Antecedentes patológicos personales.- Nació a término con el desarrollo estatural y ponderal normal.-Crianza mixta por mastitis en uno de los pechos de su madre.-No obstante su marcha no sufre grandes contratiempos nutritivos.-

A los tres años sarampión, del que sale indemne, a los siete años varicela de la que asimismo no le queda reliquia morbosa alguna.-

A pesar de hallarse en aparente normalidad, en su aspecto somático, se le aprecia siempre en su comportamiento una rudeza y primitivismo que le hace sospechoso de retrasado mental, con un complejo de inferioridad que le define como huído del ambiente social.-

Cuando se halla prestando el servicio militar sufre una caída y como consecuencia una herida en el occipucio, de la que le queda una cicatriz retráctil en forma de surco circular por la región de la nuca.-

Al poco tiempo se le sorprende el primer ataque comicial con pérdida del sentido, mordedura de lengua, arrojando espumarajos sanguinolentos por la boca, estrabismo, convulsiones, primero tónicas y luego clónicas que le golpean furiosamente.-Despierto del ataque no recuerda nada (Amnesia completa) Como consecuencia se le incoa expediente de incapacidad total por epilepsia Jacksoniana típica.-

Enfermedad actual.-Sometido a régimen y mediación apropiada se silencia su enfermedad por espacio de cuatro días, en cuyo lapso se desenvuelve con aparente normalidad en sus faenas del campo.-

Así las cosas el 17 de Agosto de 1.944 le repite el ataque que parecía ya conjurado, con idénticas características que los anteriores, si, bien, en éste, se le inician con fiebre alta, con calofrío intenso.-Indagando en su comportamiento de los días anteriores, su mujer nos informa que también estuvo febril, pero en menor escala.-

Puestos en la pista de que puede haberse parasitado de malaria recogemos una gota gruesa y frotis de sangre del lóbulo de la oreja comprobando en ambos numerosas formas de hematozooario tropical.-Se le somete a tratamiento por Atepé a la dosis de tres comprimidos diarios durante siete días y con ello desaparecen las fiebres.-

Al mismo tiempo se le inyecta Solarsen Bayer y se le administra por vía oral Fosfoarrhenal con hierro Robert.-Se atiende igualmente a su estado cerebral con régimen sedante hipoclorurado (lasto-vegetariano principalmente) y medicación a base de epivonina, bromuros, barbitúricos, luncalcio, etc.-Desde entonces vuelve a su equilibrio sensorio-cortical, sin que haya sufrido ningún otro disturbio de orden cerebral.-

Sin embargo algún rastro o residuo psicótico, al parecer de maniaco-depresivo debió quedarle como resto de ambos traumas (el mecanismo a consecuencia de la caída, y el parasitario después) que le impulsan a poner término a su vida, suicidándose por colgamiento o ahorcadura el 17 de febrero de 1.947.- Siendo uno de los médicos actuantes en su autopsia comprobamos como lesión de relieve una paquimeningitis del hemi-cerebro derecho con adherencias y bridas que van de pericostio a cubiertas encefálicas en perfecta correspondencia con la cicatriz externa de la carota.-

Observaciones y comentarios.- Salta a la vista en este enfermo el que se hace epiléptico, o, al menos, sufre el primer ataque a raíz de sufrir la caída y el golpe subsiguiente en el occipucio.- Sigue a este incidente un remanso de equilibrio sensorio cerebral del que despierta con una recaída motivada esta vez por la infección laveránica.- Es pues, demostrativo que

esta última no obró como causa originaria y terminante del efecto final sino como factor de reactivación, despertando un proceso que se halla latente y soterrado y del que tal vez no hubiera dado señales sin este elemento infecto-parasitario.-

En este sentido reputamos a la malaria como factor de recuerdo o de puesta en marcha de un proceso latente y que recobra actualidad su impulso, sin especificidad alguna, en el mismo plano y con idéntica valoración de otro agente similar obrando sobre un previo informe.-

Simón Cotrina Muñoz, de 54 años de edad, natural y vecino de Jarais de la Vera (Cáceres) donde actúa como Guardia Civil.- 7-IV-34 a 17-VIII-43.- 7 de Junio de 1.948.

Antecedentes familiares.-Su padre sano falleció de edad avanzada.-Su madre padeció la mayor parte de su vida de hemorragias uterinas (metrorragias) y jaqueca (hemiotranseas); falleció de neoplasia uterina.-

Antecedentes personales.-Antes de residenciarse en esta localidad vivió sano y optimista.-Al poco tiempo de llegar contrajo paludismo.-En efecto desde el 7 de abril de 1.934 no se ha visto libre de él, padeciendo sus molestias con más o menos intensidad, y acusadas por astenia, palidez, acneta, anorexia y desnutrición, alguna que otra vez, mareos.-En algunas épocas edemas maleolares discretos durante el día, que cedían con el reposo de la noche y desaparecían con la buena alimentación y vitaminoterapia.-

En su ficha de nuestro servicio Antipalúdico Dispensarial aparece acusado de infección por Pl. vivax el 7 de Abril de 1934 y en forma de esquizontes y el 25 de marzo de 1.935 de forma ameboides y gamontes de idéntica especie parasitaria.-A partir de aquí en que parecía haber curado no ha vuelto a sentir trastornos hasta el 17 de agosto de 1.943 en que nuevamente viene al Dispensario Antipalúdico por que otra vez le han vuelto las fiebres si bien ahora adopta otras características pues se presentan de forma cotidiana con calofrío, gran ascenso térmico, cefalalgia intensa en

259

comparación con las de años atrás.-Se le toma gota gruesa y frota y se comprueba una infección por laverania malariae con múltiples anillos de Pl. falciparum.-Se le prescriben tres tabletas de Atepi diarias durante siete días.-Al mismo tiempo se le inyecta Anemiol Ibis y Cebión Merck.- Mejora aun cuando no del todo, recupera parte de sus anteriores fuerzas, se alimenta mejor y tiene más color que antes, no han vuelto los accesos. En esta época se le explora con el resultado siguiente:

Tegumento externo: Palidez acentuada.-

Respiratorio.-Disnea de esfuerzo.-

Circulatorio.- Moderada taquicardia de 100 pulsaciones aproximadamente al minuto, soplo funcional anémico (No hay antecedentes reumáticos, ni focos sépticos dentarios, amigdalinos derecho etc.-Las reacciones serológicas de hues, han sido negativas) tono vascular de hipertenso, mareos alguna que otra vez, pero sin persistencia.-Tensiones arteriales.... Máxima 18 mm.-Mínima 9 mm.-

Digestivo.- Digestiones pesadas con eructos y flatulencias.-En el análisis de su contenido gástrico muestra déficit clorhídrico. Se le recomienda con este motivo régimen y eliminar clorhidropéptico.-

Génito-Urinario.- Polaquiuria nocturna, frigidez y disminución de la libido.

Sistema nervioso.- Insomnios, pesadillas, neuralgia occipital, pérdida memoria.-

Aparato locomotor.-Fatiga y cansancio a la marcha y al menor esfuerzo.

Sangre "Cuento Globular"

Hematíes..... 3.400.000

Leucocitos..... 4.700

Hemoglobina..... 67%

Valor globular.- Aproximado a la unidad.-

Plaquetas..... 125.000

Tiempo de sangría.... 7 minutos.

id. de coagulación.... 8 id.

Velocidad de sedimentación.-Ligeramente aumentado.-

---Fórmula leucocitaria.---

Polinucleares neutrófilos.....	52	}	Mielocitos.....	1
Eosinófilos.....	2		Juveniles.....	4
Basófilos.....	0		Cayados.....	7
Células de Rieder.....	0		Segmentados.....	40
Linfocitos grandes.....	11			
id. pequeños.....	18			
Monoцитos.....	17			
	100			

Enfermedad actual.- Nuevamente viene a nosotros y esta vez en peores condiciones que las anteriores (7 de Junio de 1.948) con gran abatimiento, palidez extrema, intensa desnutrición.-Aguja un dolor persistente en región frontal media (interorbitario) y nos refiere que a veces ve doblemente los objetos cuando mira con un solo ojo y sencillamente, esto es, con toda normalidad, cuando enfoca los dos.-Otras veces se siente momentaneamente casi ciego, unas veces en pleno día y otras de noche (Amaturosis, hemeralopia) Fiebre irregular, de vez en cuando, sin periodicidad determinada.-

Se le investiga parásitos y tanto en gota gruesa como en frotis manifiesta gametos de laverania malarías (semilunas)

Se le ordena una terapéutica a base de bisulfato de quinina en comprimidos de 0,25 gr. cada uno en cantidad de cuatro al día, esto es un gramo diario durante veinte días y otros veinte días alternadamente a la misma dosis.-

Al término de esta medicación se le somete durante cinco días, seguidos a plasmoquina en dosis de cinco centigramos diarios.-Tolera perfectamente la medicación al cabo de la cual han desaparecidos las fiebres.-Se completa su tratamiento con Anemiol Ibia, Optarso Bayer y Vitacaroteno (vitaminoterapia A).-

Han transcurrido siete meses y el enfermo ha recobrado su normalidad y su

restablecimiento visual (neuritis óptica).-

Observaciones y comentarios.- Se destacan en este enfermo dos períodos distintos.-El primero, en que fué infectado por Pl. vivax y del cual quedó curado.-El segundo, en que se reinfectó, esta vez por parasitación laveránica causa y origen de sus postrimeros achaques.-Esto nos prueba evidentemente que el parasitismo palúdico no tiene inmunidad, al menos, para distintas especies.-No toleró el Atepe en la anterior, por esto se le prescribe quinina siendo bien vigilado, ante el temor de que ladroga aumentara la posible derivación del nervio óptico (II par).-

2ª.-Al parecer, se trata en este caso de neuritis óptica provocada por una infección laveránica latente, a pesar de haberla tratado con Atepe a raíz de contraerla, lo cual nos muestra una vez más que este preparado, buen esquizonticida, no es perfecto gameticida.-

3ª.-Que el parásito palúdico, neurotrofo evidente, ha mostrado, en este caso, predilección por la vía óptica, que en definitiva es mero terreno cerebral pues según embriólogos y anatómicos, el nervio óptico, es una continuación del encéfalo.-

4ª.-Que a no ser tan evidente la causa originaria de sus molestias y déficit oculares, pudiera achacarse pensando en goma sifilitica o tumor de silla turca con la consiguiente compresión del quiasma óptico.-Aparte de que lo ha corroborado la terapéutica quinoplasmoquina, tenemos a favor de nuestra opinión el que las reacciones serológicas de sífilis (Wassermann y complementarias) fueron negativas y el enfermo no ha mostrado vómitos ni dolor terebrante cefálico etc.-

El único proceso similar con el que pudiera confundirse estos casos descritos, es la meningitis tuberculosa, pero en éste a diferencia de los casos historiados, hallamos además de los prodromos de mal humor, anorexia, laxitud etc. cefalalgia intensa cada vez más subida, rigidez de nuca, ofuscación de la conciencia, delirio parálisis de los nervios craneales, aptosis, estrabismo

parálisis facial, afasia motriz, más o menos pasajera, fiebre por regla general moderada, signo de Kernig, Brudzinsque etc abdomen abarquilado, neuritis óptica, hiperestesia de las extremidades inferiores, parálisis a la vejiga etc.-El líquido céfalo-raquídeo obtenido por punción lumbar o cisterna es por regla general claro, hipertenso, con albúmina, disminución de glucosa (hipoglucorraquia de menos de 0,40 gr. por mil) pleocitosis con intensa linfocitosis con algún raro polinuclear, alguna pequeña cantidad de fibrina en cuyas mallas se puede hallar a veces el bacilo de Koch, cuando éste no se ha podido demostrar en el resto del líquido.-La hipertensión del líquido se suele apreciar por el aspecto del chorro de salida sin necesidad de apelar al manómetro aneróide de Claude; tal es su evidencia.-

Las reacciones de las globulinas de Nonne Apelt Sohnn al sulfato amónico, como la de Pandey (al a. fénico) nectio coloidal etc son por regla general positivas.-En último caso nos queda la inyección intraperitoneal al cobay y previa necropsia de este la comprobación bacilar en ganglios mesentéricos etc.-

En los casos descritos anteriormente no hemos podido contestar este síndrome.-

- CAPITULO VIII -

PALUDISMO Y SANIDAD.- Factores epidemiológicos .- Ambiente epidemiológico de JARAIZ de la VERA y su comarca .- Características de su población ; Costumbres , economía , cultivos agrícolas , riegos , aguas circulantes y estancadas , riqueza etc). - Movimiento demográfico. -

Constituye esta zona donde desplegamos nuestro cometido , y agrupamos en derredor de JARAIZ como núcleo , los pueblos de PIORNAL , BARRADO ----- GARGUERA , TEJEDA , ARROYOMOLINOS DE LA VERA , PASARON DE LA VERA , COLLADO TORREMENGA CUACOS GARGANTA DE LA OLLA , cuyos habitantes asistieron - desde un principio á nuestra consulta , si bien , andando el tiempo , gran parte de ellos se han emancipado merced á la implantación de servicios Municipales , con marcha autónoma , que han abordado y resuelto directamente estas tareas y obligaciones sanitarias , quedando por fin vinculados á nuestro servicio los de CUACOS , GARGANTA DE LA OLLA , TORREMENGA y COLLADO DE LA VERA como filiales de este Centro.

Para señalar las características que revestía , en aquel entonces , la - epidemiología palúdica de la región y singularmente la de este pueblo - insertamos á continuación los siguientes datos :

Esta Villa cuenta con una población de 5.707 habitantes de hecho aún -- cuando el movimiento poblacional es bastante intenso , sobre todo en las épocas de siembra y recolección de sus frutos , en que acuden braceros de toda la región y aún de los más apartados puntos de la Provincia . Cuenta con una ~~población~~ extensión superficial de unas 7.000 hectáreas Su término municipal limita al Norte con los de Garganta de la Olla y Cuacos , al Sur con los de Casatejada y Majadas , al Este con Collado y al Oeste con Torremenga y Pasarón.

Está situado en la falda del cerro denominado de la Cabeza , perteneciente á las estribaciones de la sierra de Gredos en la cordillera Carpeto-- Vetónica , en terreno accidentado , excepto en los límites del río Tietar donde existe una vega de cultivos que mide aproximadamente unos quince kilómetros de longitud por tres de anchura .

Esta demarcación , por exigencia de los cultivos de pimiento en un principio , ampliado hoy , á los de tabaco y algodón absorbe á gran parte de la población campesina durante los meses de MARZO - ABRIL hasta NOVIEMBRE - en que dan por terminadas sus faenas de recolección de frutos . En ella

se exponen al contagio ,por las picaduras de los mosquitos anopheles que allí existen en gran cantidad , Su ambiente es por demás propicio á ello pues la temperatura media ambiente durante el tiempo de permanencia en -- esos parajes raramente baja de 22-25º alcanzando en el rigor del estio -- hasta los 40-45º ,lo que juntamente con las condiciones de la distribución de las aguas facilita grandemente la procreación y desarrollo de los anophelines .En efecto allí abundan las charcas ,acequias , canales etc de poca ó ninguna corriente ,abrevaderos para ganados ,hoyos de los tejares etc sitios todos muy aptopósito para el nacimiento y evolución de los mosquitos .

Estas condiciones y la escasa ó nula protección de los cultivadores y en especial de sus niños ,principales victimas del abandono ,hacen de esta campiña ,un foco de endemia rebelísima .

Por si fuera poco el vecino Tietar ,cuyas márgenes llevan una escasísima pendiente ,con aguas remansadas ,favorece y multiplica estas condiciones .-- Indudablemente este es el foco donde principalmente tienen lugar las inoculaciones ,que ,luego más tarde ,hacen aparición y toman carta de naturaleza en la población ,cuyos casos aparentemente autónomos ó autóctonos son -- en realidad importados .

Por lo que respecta al poblado ,un gran número de gargantas ,arroyos ,fuentes ,nacidas en este lugar ó en sus cercanías ,contribuyen á la formación de remansos y embalses ,que por su vegetación ,escaso fondo ó irregularidad en las orillas ,son vivero de anophles ,que encuentran en ellas un excelente campo de desarrollo .

Entre todas ellas descuellan por su importancia la garganta denominada de -- Pedro-Chate ,que nace en la sierra de Tormantos y que circunda el caserio -- (puesto que en un principio corre por la parte Norte y después por Este y Sur) va á desembocar al Tietar recorriendo en su totalidad unos veinticinco kilómetros y siempre ó al menos en la mayor parte de su trayecto ,á distancia de cuatro á siete kilómetros del cinturón urbano ,con múltiples refugios ,-- meandros y embalses que facilitan la vida del mosquito .Afluyen á la misma los arroyos llamados de San Marcos ,al Norte del pueblo ,y más próximo á éste que el anterior el conocido por el nombre de Porquerizos al Sur ,cuyas aguas forman igualmente sitios peligrosos por proporcionar un óptimo de condiciones favorables para la puesta de los huevos y desarrollo de las larvas y -- ninfas de los anopheles ,y otros mosquitos .Por si fuera poco ,de estos cauces ,por así decirlo naturales ,derivan drenajes ,pozas y estanques de riegos para hortalizas y pimentales en las inmediaciones de los edificios ,ver-

daderas aguas peridomesticas ,amenazantes bajo este aspecto.

Aparte de estas colecciones acuáticas existen otras constituidas por los pozos caseros ,hoyos y excavaciones cercanas á las viviendas que alojan y almacenan las aguas de lluvia y son tambien excelentes refugios de estos insectos.

El clima es sumamente variable ,observandose en el estio hasta temperaturas de 40-45°, yañ más al sol ;en el resto del año es llevadera ,sinque extreme el frio aún en el rigor del invierno .

Por nuestras pesquisas y sobre todo por la de los ~~Indios~~ Dres De Buen (Sadi y Eliseo)Luengo ,Maldonado San Pedro y Cienfuegos se infiere que abundan los anopheles del género Maculipennis y Bifurcatus .Tambien se han hallado Phæbotomus.

Se dan como acusamos en los datos estadísticos y gráficos ,todas las especies parasitarias (Pl vivax. Pl malariae. Pl .falciparum ó laveraniae malariae , Pl ovale etc .) .

Por lo que hace referencia á las costumbres de los aparceros, colonos y -braceros ,verdaderos refugios de la infección ,por ser los más fácilmente contagiados ,hemos de resaltar la falta de protección ,tanto individual como colectiva ,viviendo durante su larga permanencia en el campo en las inmediaciones del río y sobre todo en las proximidades de las pozas ,pozos y charcas de riego de sus cultivos ,verdaderos depósitos de larvas de anopheles ,de las que luego han de salir un enjambre de mosquitos alados ,que ,por la facilidad de infectarse de los innumerables palúdicos allí congregados ,han de inocular la anfección ,tanto más propiciamente ,cuanto que por las altas temperaturas en el verano ,duermen ~~á~~ á la intemperie en los porches de los secaderos ,casi en familia con los mosquitos .No hablemos de protecciones mecánicas que allí no existen ,ni de mosquiteros para dormir ,que no usan. Imagínese pues el peligro ,sobre todo para la población infantil ,tan receptiva tible .

Por lo que se refiere á la mortalidad por paludismo ,al iniciar nuestras campañas ,y un quinquenio anterior á las mismas ,hallamos las cifras encontradas en el Registro Civil de la Localidad (suponemos que los restantes pueblos integrantes del servicio ofrecen un porcentaje equivalente (de 22-25 defunciones anuales ,exclusiva y directamente ocasionadas por el hematozooario estimando además estas cifras como muy inferiores á la realidad ,por cuante muchas de ellas que tambien debieran incluirse en este epigrafe ,no se catalogaron ,á buen seguro en aquel entonces ,por no poseerse ,como ahora ,los conocimientos de epidemiologia ,laboratorio ó incluso clinicos ,para afianzar y afinar los diagnósticos .Por esta razón muchos de estos óbitos ,aparecen

en el Registro Civil inscribos como de meningitis , eclampsias , congestiones cerebrales etc que , sobre todo en la infancia se hacen sospechosos de malaria.

Pero tanto esto y aún más hablan elocuentemente de la densidad de la endemia , las recaídas y recidivas de sus calenturas , la caquexia aún en edad temprana de la vida , y de los bazo y hígados gigantes que por doquier hallábase en la mayor parte de los enfermos explorados , juntamente con ese color cetrino y más bien terrosos , con facies " sui generis " , heraldo de una anemia avanzada,

Por otra parte el contacto ininterrumpido de los agricultores con los habitantes de la población , por sus continuas visitas á ésta , tienen como consecuencia la gran infectación del vecindario , tanto más cuanto en su derredor exist asimismo intenso anophelismo.

Una vez fijados estos interesantes factores ambientales , tan influyentes en la fisonomía y en el modo de ser de la endemia , hemos de partir para el estudio de su evolución y trayectoria en el tiempo , de las razones y tasas correspondientes de la morbilidad y mortalidad malarica , desde una década antes de la iniciación de nuestros trabajos , en que empezó á actuar la Comisión Central Antipalúdica desde Talayuela (Cáceres) como Cuartel General , influyendo decisivamente , al menos en la mortalidad específica por paludismo -- pues allí concurrían verdaderas peregrinaciones de comarcas palúdicas -- para ser estudiados y tratados , pasando por el momento de la iniciación de nuestras actividades , á la llegada á este pueblo (I.922) y reducidas en un primer tiempo á la colaboración entusiasta , aún á distancia , con los Directivos de la Sanidad Pública , y más tarde por el punto crucial de la implantación oficial del Dispensario (I.925) hasta ahora . De su cotejo comparativo se deduce lógicamente , la mejora obtenida .

Razón -. Refiriendonos concretamente á los años I.916 al 1925 (década) anterior á la fundación de nuestro Dispensario) las cifras son :

(I.916)	R =	K $\frac{14}{134}$	=	100 $\frac{14}{134}$	=	8,33
(I.917).....	R =	K $\frac{22}{127}$	=	100 $\frac{22}{127}$	=	17,31
(I,918).....	R =	K $\frac{16}{143}$	=	100 $\frac{16}{143}$	=	11,18
(I.919).....	R =	K $\frac{19}{158}$	=	100 $\frac{19}{158}$	=	12,02
(1920).....	R =	K $\frac{12}{146}$	=	100 $\frac{12}{146}$	=	8,21
(1921).....	R =	K $\frac{5}{150}$	=	100 $\frac{5}{150}$	=	3,33
(1922).....	R =	K $\frac{10}{128}$	=	100 $\frac{10}{128}$	=	7,77
(1923).....	R =	K $\frac{15}{126}$	=	100 $\frac{15}{126}$	=	12,83

$$(I.924) \dots\dots R = K \frac{4}{103} = 100 \times \frac{4}{103} = 3,87 \%$$

$$(I.925) \dots\dots R = K \frac{3}{192} = 100 \times \frac{3}{192} = 1,56 \%$$

y por último

los que se refieren al año 1949 en que se cierra el ciclo de nuestro estudio fueron : $R = K \frac{0}{61} = 0$; no expresando los datos de las campañas intermedias por no alterar los resultados , pues tan sólo estos extremos , denuncian , bien á las claras , los frutos alcanzados . Estas cifras son más bien bajas en razón , como ya antes advertimos , á que los datos recogidos del Registro Civil no consignan en realidad , todos los óbitos habidos por malaria , pues muchos de ellos calificados como meningitis , eclampsia , congestión cerebral etc pudieron á buen seguro , referirse asimismo al parasitismo palúdico . También es de estimar en estos resultados , la variabilidad á expensas de épocas determinadas en relación con la presentación de epidemias de sarampión , coqueluche , difteria etc que al aumentar el denominador disminuye el cociente . Como es lógico , aquí tan sólo podemos obtener esta relación de mortalidad y no de la morbilidad , pues para esta última nos es conocido el valor del numerador , esto es , el número de enfermos por paludismo , sino exacto , al menos , muy aproximado , por el número de análisis positivos hallados en la consulta del Dispensario , más no así el denominador que tendría que traducir la morbilidad general , concepto muy difícil de aquilatar , como lógicamente se comprende .

TASA DE MORTALIDAD CRUDA. - En nuestro estudio tenemos ;

(I.916).....T	=	K $\frac{148}{5.707}$	=	1000 x $\frac{148}{5.707}$	=	25,93 por mil.
(I.917).....T	=	K $\frac{149}{5.707}$	=	1000 x $\frac{149}{5.707}$	=	26,07 " "
(I.918).....T	=	K $\frac{159}{5.707}$	=	1000 x $\frac{159}{5.707}$	=	27,86 " "
(I.919).....T	=	K $\frac{177}{5.707}$	=	1000 x $\frac{177}{5.707}$	=	31,01 " "
(I.920).....T	=	K $\frac{158}{5.707}$	=	1000 x $\frac{158}{5.707}$	=	27,68 " "
(I.921).....T	=	K $\frac{155}{5.707}$	=	1000 x $\frac{155}{5.707}$	=	28,91 " "
(I.922).....T	=	K $\frac{138}{5.707}$	=	1000 x $\frac{138}{5.707}$	=	24,18 " "
(I.923).....T	=	K $\frac{131}{5.707}$	=	1000 x $\frac{131}{5.707}$	=	22,95 " "
(I.924).....T	=	K $\frac{107}{5.707}$	=	1000 x $\frac{107}{5.707}$	=	18,74 " "
(I.925).....T	=	K $\frac{195}{5.707}$	=	1000 x $\frac{195}{5.707}$	=	34,16 " "

Y por último para el año final de 1.949;

$$(1.949) \dots\dots T = K \frac{61}{7.525} = 1000 \times \frac{61}{7.525} = 8.10 \text{ por mil.}$$

como se colige estimamos como número de habitantes para los años hasta el 1,925 en 5,707 y para el de 7,525 ,que es su censo real.

TASA DE MORTALIDAD ESPECIFICA.- Las tasas de mortalidad especifica por

paludismo son pues para cada uno de los años referidos :

(1.916) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{24}{5.707}$	=	0,24 %
(1.917) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{22}{5.707}$	=	0,38 %
(1.918) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{18}{5.707}$	=	0,26 %
(1.919) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{19}{5.707}$	=	0,33 %
(1920) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{12}{5.707}$	=	0,21 %
(1.921) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{5}{5.707}$	=	0,08 %
(1.922) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{10}{5.707}$	=	0,17 %
(1923) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{15}{5.707}$	=	0,26 %
(1924) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{4}{5.707}$	=	0,07 %
(1.925) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{3}{5.707}$	=	0,05 %
Y por último en año						
(1.949) \dots\dots T	=	$K \frac{Ds}{P}$	=	$100 \frac{0}{5.707}$	=	0,00 %

TASA DE LETALIDAD Ó FATALIDAD.- En este apartado no podemos referirnos al decenio 1916-1925 como antes, por no poder contar con el número de palúdicos habidos cada año de esa época ,pues por entonces no se contaba con el control del Servicio Antipalúdico ,todavía inexistente .

Tan solo nos referiremos á los dos años extremos de la serie ,para obtener con la comparación ,los resultados conseguidos ;

$$(1.925) \dots\dots T' = K \frac{Ds - 3}{Cp - 2.065} = 1.42 \text{ por mil.}$$

En realidad es mayor ,pues hay que tener en cuenta que las defunciones (tres casos registrados) se refieren á Jarais exclusivamente y en cambio el número de positivos (2.065) es el total de la consulta .Aparte de que este año que tomamos como primer término comparativo ,las defunciones por malaria fueron más reducidas que en años venideros .

$$\text{En 1949 fué} \dots\dots T' = K \frac{Ds}{P} = \frac{0}{170} = 0.00.$$

TASAS DE MORBILIDAD. -I Cruda-;

En 1925 $T = K = \frac{C}{P}$ (K = 100 ; C = Casos de paludismo y P = población total) ; tendremos pues ;

$$T = 100 \frac{1445 \text{ (número de casos para Jarais exclusivo (del total de 2.065.} }{5,707 \text{ (población en 1925))} .}$$

$$= 25,22 \% .$$

Y en 1949 tenemos : $T = 100 \frac{119 \text{ (número de casos para Jarais exclusivo (del total de 170 de toda la comarca.)} }{7,525 \text{ (población en 1949) .}}$

$$T = \frac{119}{7,525} = 1,58 \% .$$

2) ESPECIFICA. - $T = K \frac{C}{P}$ en que C indica el número de casos de paludismo y P el número de individuos en riesgo de contagio . Como se comprende , estas dos variedades se confunden en una sola por cuanto la población total y el número de personas capaz de contraer la infección es el mismo número .

La tasa de morbilidad expresa en realidad mejor la difusión de la endemia que la de mortalidad , aún cuando esta última refleja más propiamente la gravedad (porcentaje más ó menos alto de las perniciosas y otras variedades peligrosas , porque abunde en mayor ó menor proporción la laverania que las otras especies parasitarias , ó las cepas sean más virulentas , ó pertenecen á la misma especie) etc -) .

MORBILIDAD. -

Dato muy difícil de obtener aún en los lugares donde funciona un servicio regularmente montado . Sin embargo las estadísticas del Dispensario reflejan bastante fielmente la marcha de la endemia , si bien estos datos no suelen informarnos , sino al cabo de los tres ó cuatro años de nuestra actuación .

Tiene variaciones estacionales , y así suelen encontrarse las recidivas en los comienzos de la primavera , más aquellas infecciones contraídas en los finales del otoño anterior (infección ó incubación retardada de Korteveg] así estimadas por De Buen (Sadí) ; las primo-infecciones á partir de Junio , cuando las nuevas generaciones de mosquitos adultos efectúan las inoculaciones en mayor ó menor escala y por último las recaídas á corto plazo que suelen producirse principalmente en el otoño .

También es de advertir que hay una época especial para las incubaciones de las distintas especies parasitarias determinadas por la temperatura ambiente que influencia la evolución esporogónica en el aparato digestivo del mosquito .

Y así la terciana suele producirse en cualquier época del año, pero en cambio la leverania que es más exigente en punto á fecundación y desarrollo se dá con más facilidad á partir del mes de agosto (terciana estivo-otoñal de los autores italianos) . Conviene asimismo consignar que es más frecuente la infección en el niño que en el adulto, por no tener tan á punto los mecanismos defensivos y no disponer de un relativo grado de inmunidad (premunición). Así lo atestiguan las investigaciones de Barbosa y Lopez Arjona ("El paludismo en el primer año de la vida") y Del Campo Cardona y Pita (Estudios del Paludismo en la Provincia de Cáceres) .

Otra observación recogida de nuestra experiencia personal, en punto á distribución topográfica, es que el paludismo no se asienta ni se difunde por igual en los distintos sectores de la población, puesto que es más significadamente importante y denso en el barrio Sur ó Mediodía, que en la zona Norte, teniendo el fenómeno lógica explicación, porque en el primer punto las casas estan rodeadas de charcas y pozas de riego de las huertas próximas y en donde por consiguiente hay un exuberante anophellismo y en cambio el caserio N Norte está por el contrario circundado de olivares exentos de mosquitos ó al menos existentes en exigua proporción . Lo atribuimos más á esto que á la pequeña diferencia de temperatura local que pudiera establecerse entre ambos puntos .

La observación es aún más acusada en los niños, pues en los adultos, más en contacto con el campo, donde podrian inocularse, no tiene tanta fuerza . Buen indicio para juzgar de un modo, lógico de la intensidad de la endemia en una localidad, antes de implantar un servicio, y del que nosotros nos dimos cuenta á nuestra llegada á Jaraiz, fué el exagerado consumo de quinina, que ya los habitantes, de un modo intuitivo y un tanto anárquico hacian rutinariamente .

Otro pormenor que nos ilustró de los estragos que indudablemente estaba ocasionando la malaria en este ambiente fué la degeneración hemática de la población en general, mostrando los enfermos, aún los no parasitados, sus glóbulos rojos alterados, con anisocitosis, poikilocitosis, anisocromia, fragmentos de núcleos dispersos etc . Esto que ya fué señalado por De Buen y Luengo es una realidad inmediata y una medida en cierto modo para valorar la malaria de un lugar.

PARASITACIÓN GLOBAL DE LA POBLACIÓN EN LA INICIACIÓN DE NUESTROS SERVICIOS.

Juzgando de la intensidad de la endemia, en los comienzos de nuestras campañas por el número de análisis hemoparasitarios positivos, baste decir que en el año I.925, en que oficialmente empezamos á laborar con la inauguración

del Dispensario tuvimos 2.065 parasitados , de los que correspondieron á Jarais á Jarais , 1445. Esto sin contar el sin número de aquellos otros enfermos que no se registraron , por no presentar parásitos en sangre periférica , pero que indudablemente hay que admitir como tales , teniendo en cuenta su esplenomegalia . De este modo calculamos aproximadamente un 20 á un 25 % de atacados en la población , lo que significa cifras considerables. No obstante parece á primera vista , un tanto exagerada la apreciación . Sin embargo datos similares han sido hallados en sus encuestas de experimentación por Hill y Olaverria en Campo Lugar (Cáceres) Maldonado San Pedro , en Calañas (Huelva) y -- Sanz Astolfi en el Marruecos Español.

Nada de extraño tiene pues , que nos sintamos sinceramente optimista si comparamos aquella trágica situación , con el estado actual , reflejado en los -- 97 parasitados de Jarais (de los 170 de toda la consulta) , lo que supone 1,67 % para su población actual (7.525 habitantes) . Esto reforzado además por la exigüidad de las infecciones por laverania , especie siempre la más peligrosa .

MORTALIDAD.-

La orfandad de la estadística para deducir el estado de la endemia Aunque no cobra significación , ni la importancia que la morbilidad , pues más bien pudiera ser demostrativa de la proporcionalidad de especies peligrosas (laverania) y no de la difusión del morbo , si es un dato siempre de relieve pues la gravedad y la extensión habitualmente son hermanas . Al menos ambas son sincero indicio de una climatología propicia .

Así hemos podido deducirlo de la consideración de nuestros datos en las diferentes campañas , registrando en nuestros gráficos una ascensión en los primeros tiempos , tanto de la morbilidad como de la mortalidad , acompañadas en cierto modo é hijas por así decirlo , de aquellas cifras predispensariales de 22-25 muertes anuales por paludismo , inscritas en el Registro Civil , además de aquellas otras muchas , que como en otra parte hemos aludido , quedaron inéditas . Sigue después una etapa bastante afortunada , en rampa descendente , de un modo ininterrumpido , casi á tocar á cero , y en que se manifiesta espléndidamente la eficacia del servicio , y de pronto , ya bien avanzada la trayectoria , registramos dos empeoramientos con las correspondientes subidas gráficas , sincrónicas también la de enfermos y muertos : Una de ellas en las campañas de 1941 y 1943 ; la primera tal vez debida á la importación de cepas parasitarias del Marruecos español , con los soldados africanos trasladados á la Península , con motivo de nuestra contienda bélica , y la última , además de este influjo , que aún persistía , por la escasez de medicación antipalúdica , que , por momentos , sufrimos en aquel tiempo . El hecho bien significativo que en el primero de los cit

citados años tuvimos 1.607 parasitadas con séis muertes por perniciosas y en 1943 ,2.298 enfermos y tres óbitos por idéntica especie ,cifras asaz impresionantes y desconsoladoras .

À partir de entonces volvimos à recobrar la mejoría que anteriormente disfrutabamos ,más acentuada y optimista puesto que en las tres últimas etapas la mortalidad ha descendido à cero y la morbilidad se mantiene dentro de límites y proporciones exigüas .

Desde luego las cifras de morbilidad y mortalidad aunque de trayectoria parecida no guardan ,sin embargo una exacta proporcionalidad que la que por lo general se establece ,estimando en unos 200 enfermos por cada óbito acaecido ; en general al menos en nuestro ambiente ,es mayor el número de enfermos que el corresponde à este cálculo .Ello tiene sin duda su explicación en que en nuestros climas abunda y sobrepuja el *Pl .vivax* al *Pl . falciparum* à cuyo cargo corre por lo general la máxima mortalidad .

À este respecto queremos significar que aún cuando la morbilidad cundió de un modo de un modo uniforme entre todas las edades ,manteniendo la proporción con que habitualmente se manifiesta ,la mortalidad fué como siempre más acusada entre la población infantil .En cambio no hallamos diferencia apreciable por lo que al sexo se refiere .

En cuanto al tiempo ó época ,la mortalidad fué más elevada en los meses de Julio .Agosto y Septiembre .(La morbilidad es de suyo más alta en la estación estio-otoñal.).

INDICES UTILIZADOS PARA MEDIR LA INTENSIDAD PARASITARIA .- Es sabido que no tan solo el hallazgo del hematozoario en la sangre del enfermo revela el parasitismo palúdico ,este que es el método más directo y ~~seguro~~ cierto ,no es el único para valorar la endemia .Hay otros recursos ,indudablemente no tan evidentes ,pero si lo suficientemente claros para mostrarnos la extensión y difusión del proceso ,y además en el orden práctico ,tan eficaz y demostrativo como aquel y que se ha utilizado por todos los malariólogos del mundo .Nos referimos con esto ,más que al índice parasitario ó plasmódico , con sus variedades de gametocitos ó de esquizogoonia ó al índice hemoglobínico ,indicador de los estragos que en la sangre provoca el plasmodio al -- índice esplénico ,verdadero nivel acusador del, ~~actual~~ estado de endemia de un pueblo .

Abordaremos con unas consideraciones acerca de los datos registrados en - nuestro fichero y reflejados en nuestros gráficos y que dan idea de la evolución de la malaria en nuestro campo de acción à través del tiempo.

Aparte de la mayor ó menor importancia para la valoración del estado endémico, todos los índices palúdicos tienen relieve y cada uno de por sí revela una matización del problema. Es pues congruente el análisis, aún cuando somero de cada uno de ellos, para luego en una visión de conjunto, poder lograr una fisonomía acabada del mismo.

INDICE PLASMÓDICO. También conocido con el nombre de índice sanguíneo ó

ga de parásitos, se puede definir con Darling, como el número de personas, sin estimar la condición de edad, ni de sexo, cuya sangre contiene parásitos en el momento de la prueba. Esta observación que debía extenderse á todas las edades, se restringe sin embargo, así al menos lo hemos hecho nosotros á los niños. Son dos las razones que principalmente nos han movido á este proceder: la primera fundamentada en que en los adultos hay una diversa apreciación en los dos sexos, pues mientras los varones se hallan en sus faenas campestres y por consiguiente son más difíciles de estudiar y están además más expuestos al contagio que la mujer, y la segunda, en que como ya concretamos, en la grey infantil la investigación del índice esplénico, es más sensible y acusado que en los adultos, hemos querido asimismo para el estudio comparativo de ambos índices y estimar la correlación entre ellos reducirnos igualmente á la masa escolar, con la ventaja de encontrarlos reunidos en el ámbito escolar y facilitarnos la tarea.

Como todos los índices que se estudian, se refieren á ciento y es lógicamente, el tanto, por ciento de los individuos que revelan parásitos de cualquier especie en su sangre periférica; son en realidad los llamados portadores de parásitos.

Este método de estudio, tendrá un estimable valor en aquellos ambientes en que no se hallan adoptado medidas de saneamiento palúdico y puede medir en cierto modo el alcance de la endemia; pero no así en los lugares donde funciona con regularidad un servicio antipalúdico, pues llevado á cabo por éste los tratamientos de los enfermos, estos no acusarán plasmodios aún cuando estuvieren afectados de un modo más ó menos latente.

Lo consideramos más infiel, ó mejor dicho más restringido, que el esplénico, que puede ejercitarse, por el contrario, en las más variadas condiciones.

En nuestros resultados aparece no obstante, salvadas las proporciones en que se manifiestan, con cierto paralelismo con el esplénico. Y así se muestra con intensidad y altura en un principio, con gradual disminución á medida que las campañas tomaban eficacia, un reavivamiento cuando las adversas circunstancias incrementaban la endemia, y á las que precedentemente hemos aludido

(transporte de tropas marreques con la consiguiente difusión de cepas parasitarias africanas, escases de medicación antipalúdica en momentos difíciles, aún cuando, por fortuna transitorie y prontamente remediados para nuestra Patria) y por fin venturoso aniquilamiento de esta última etapa. Nosotros hallamos en el primer año de trabajo (1.925) el siguiente resultado: en 400 niños de ambos sexos pertenecientes á las Escuelas, tanto oficiales, como de orden privado, 29 casos con hematozoarios en sangre periférica lo que supone un 7,22 % global estimados. Desglosados por sexos correspondieron: un 8,7 % á los varones y un 5,7% á las hembras, atribuyendo esta ligera diferencia tal vez á una mayor exposición al contagio por parte de los niños en razón de sus juegos y travesuras que les llevaren á las cercanías de focos anophéllicos distanciados del caserio ó que permanecieran con sus padres en cierta época del año en las zonas de cultivo agrícola de una mayor densidad palúdica y anophélica; no encontramos al menos una más atinada explicación.

Afortunadamente por lo que se refiere á este respecto en el momento actual hemos llegado á un punto cero, reiteradamente, durante las tres últimas campañas.

Este índice en realidad, aún cuando no precisamente el más práctico, por las razones previamente apuntadas, es indudablemente el más cierto y científico y además el revelador de la mayor ó menor gravedad de la endemia porque acusa específicamente el porcentaje de las diversas especies plasmodiales. Así lo estimó también el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones.

No obstante, insistimos con Morin en lo ^{incierto} ~~cierto~~ de sus resultados, pues como muy atinadamente dice este autor, puede darse el caso, y de hecho se da muchas veces, que un sujeto muestre su gota gruesa negativa en un primer análisis y en cambio en una segunda tentativa, con reactivación previa ó de un modo espontáneo, nos muestre parásitos. Debemos tener en cuenta al intento, la fecha, pues es lógico que variará según la época y así á últimos de primavera ó principios del estío, con el estallido de las infecciones terciarias, será más subido que en el otoño, en que por el contrario muestra un ascenso en las infecciones por la verania, exponente de mayor gravedad, aún cuando no exento de un menor grado, en general, de las parasitaciones. También coincidimos con Nocht y Martin Mayer, en que los más atacados, por regla general son los niños, tanto más, cuanto más pequeños. Los adultos son más refractarios á la infección como consecuencia de un relativo estado de inmunidad (premunición) por haber padecido anteriormente la infección más ó menos subrepticamente.

Aún cuando para ser más veraz debiera investigarse por grupos de niños, iguales en número, unos asistentes á las Escuelas y otros no, con la diferencia consiguiente de que ^{en} estos últimos, por su mayor exposición, sería más alto; nosotros sin embargo lo hicimos solo en los primeros.

Para que pudieran tener conexión losde unas y otras campañas y ser sus resultados términos de comparación, tuvimos buen cuidado en realizarlo en -- idéntica fecha y á ser posible, en el intermedio de las agudizaciones, esto es, en ~~en~~ el mes de Octubre, huyendo asimismo del periodo de vacaciones, en que los escolares, por su mayor contacto con el campo, revelarían un mayor porcentaje circunstancial.

No aludimos al índice gametocítico, porque este en realidad constituye una variante del anterior, aún cuando siempre es de estimar, aparte de él, porque significa, con sus formas sexuadas la fuente de infección de los mosquitos. Aunsa pues más que la importancia de la endemia del momento, la porvenir, por la razón antes dicha, coligiendo ante la mayor abundancia de gametos la mayor intensidad del próximo brote endémico.

INDICE ESPLÉNICO. - Se entiende por tal, el porcentaje de personas de una localidad ó comarca que muestran un bazo palpable en el momento de la exploración. Para su representación matemática puede adoptarse la expresión: $I_e = 100 \times \frac{E}{B}$ en que E representa el número de esplenomegalias y B el número de bazos explorados. Se ha tomado este índice como simbolo de la endemia malárica, en virtud de constituir la hipertrofia del bazo un síntoma de los más constantes, tanto en el paludismo agudo como en el crónico y aún más si cabe en este último.

Es desde luego más evidente para las zonas vírgenes de tratamiento, pues las que ya tienen en marcha su saneamiento, tanto en tratamientos como en profilaxis, puede aminorarse ó hasta extinguirse, aún cuando existen, no obstante, relativo crecido número de palúdicos.

Así se deduce de las observaciones de De Buen (Eliseo) en sus campañas de Talayuela (Cáceres). Nosotros también lo registramos en nuestro gráfico de índice esplénico, en donde se aprecia un gran aminoramiento y al final la anulación sin que dejemos de hallar un gran número de enfermos con parásitos en su sangre periférica.

Al apreciarlo, hemos de destacar, claro es, los numerosos procesos distintos al palúdico, que se acompañan de esplenomegalia habitual y que pudieran inducirnos á error.

Una de estas enfermedades que pueden despiertarnos en este sentido es el Kala-azar, en si bien aún cuando se produce con alguna frecuencia en á

las zonas palúdicas ,no son tan numerosos los casos como para equivocarnos ,aparte de que es enfermedad fácilmente registrable y por lo tanto excluyente .

Lo mismo decimos con relación á las esplenomegalias lúéticas ,leucémicas ,tuberculosas etc .Por lo que atañe á las epidemias de sarampión ,dónde pudieramos cometer un error de más consideración ,no es tan expuesto ,si tenemos en cuenta su frecuencia ,aparte de que ,salvado el período epidémico ,siempre corte ,este error se desvanece .

Como es infuenciable por la acción de la quinina ,ya cuando es usada como tratamiento ,como cuando se utiliza á título de profilaxis ,hemos de tenerlo en cuenta para su estimación. Así lo aceptan los más diversos autores ,tanto extranjeros como nacionales .Así los hermanos Sergent aseveran ; El índice esplénico muestra exactamente la extensión de la gravedad de la endemia ,por lo menos en la región mediterránea .

En España ,según datos aportados por De Buen (Eliseo) el índice esplénico en algunas localidades al comienzo de las campañas fué el siguiente : En Talayuela (Cáceres) el 24 % ; en El Robledo (Cáceres) el 46 % ; en El Pantano de Navabuenia (Cáceres) el 62,5 % ; en la mina de la Terrerera (Huelva) el 53,3 % ; en San Fulgencio (Alicante) el 27,8 % ; en Dolores (Alicante) el 35,8 % ; en Cenes de la Vega (Granada) el 26 % y así por el estilo.

Por nuestra parte empezamos á trabajar consttando un 27 % á principios del año I.925 ,bajando á un 14 % en la campaña siguiente y reduciéndose - gradual y progresivamente en etapas sucesivas hasta irse casi extinguiendo en los primeros años de nuestra guerra civil ,para incrementarse en los años I.943 al 1943 á compás de la intensificación de la enfermedad como consecuencia de las causas ya reiteradamente señaladas en aquel período.

En la actualidad estamos ópticamente á cero .

Desde luego lo estimamos como procedimiento cómodo ,rápido y muy significativo aún para aquellos casos que no muestran parasitismo en gota gruesa.

PAUTA SEGUIDA.- Nosotros al igual que en los demás Dispensarios ~~seguidos~~

Antipalúdicos Nacionales hemos seguido la norma preconizada por Boyd con la siguiente nomenclatura;

TIPOS.-

- 0.....No palpable bajo el reborde costal.
- I.....Palpable bajo el reborde costal.
- II.....Entre el I y la mitad de la distancia desde el reborde costal á ombligo .
- III.....Entre el límite del II y el ombligo.
- IV.....Por debajo del ombligo.

Existen otros métodos como los de Muel Bernard ,Schöffner etc similares, pero un tanto más enrevesados que éste ,que reputamos más aconsejable por su claridad y sencillez en la topografía.

Tampoco es recomendable el método de Darling que mide el tamaño del bazo por traveses de dedo ,que adolece del grave inconveniente de que la medida varia considerablemente cuando se refiere al abdomen de un recién nacido en los que se altera de un modo ostensible la proporcionalidad .

Debe aconsejarse para que sus resultados sean lo más aproximada á la realidad efectuarlo en la el mayor número posible de individuos y luego obtener la media aritmética ,pues de este modo se diluye el error que pudiera existir. Hay tambien que diferenciar el indice esplénico cuantitativo que expresa tan solo la esplenomegalia bruta por decirlo así ,esto es, el número de sujetos que presentan esplenomegalia sin referir el número de cada tipo .

En cambio el cualitativo (Ross) indica el grado de hipertrofia de cada uno de los grupos ,para así determinar el indice esplénico medio .Para ello se consideran cuatro clases de esplenomegalias ;se multiplica cada cifra por el número que expresa el grado de hipertrofia ,se suman los productos hallados y luego se divide por el numero de mediciones efectuadas .

Desde este punto de vista se clasifican el N° 1 como el caso más favorable; el 2 y el 3 como tipos medios y el 4 como el más desfavorable.

El indice ~~cuantitativo~~ ^{cuantitativo} arroja la hipertrofia media del bazo ó "Bazo hipertrófico medio ". De Buen (Eliseo). á quien seguimos en estas clasificaciones - llama indice esplenométrico al producto del bazo hipertrofiado medio por el indice cuantitativo .

Nosotros obtuvimos tan solo el indice esplénico cuantitativo y áél referiremos los datos.

INDICE DEL RECIÉN NACIDO.-

Es el obtenido en todos aquellos niños que presentan paludismo por vez primera después de su nacimiento .Se refiere á 100.Su fórmula será : $I_r = \frac{100}{N}$ en la que R representa el número de niños y N el total de nacimientos .

INDICE ENDÉMICO.- Se conoce con este nombre al tanto por ciento de las personas de una localidad ,de todas las edades , en los que se hallan esplenomegalias ,parásitos en su sangre periférica y las dos cosas á la vez .

Tambien hicimos este estudio en las Escuelas tanto públicas como de ~~caridad~~ ^{indole} privada en el año 1.925.

Su representación matemática será : $I_{end} = 100 \times \frac{I_{m} + P_{m} + I_{p}}{B_s}$ en la que Bs expresa los individuos en que se determina al propio tiempo la es-

plenomegalia y la presencia de parásitos en sangre periférica y ambas cosas juntas ; I el número de individuos con tan solo esplenomegalia y Pp con acuse de párasitos é Ip con infarto esplénico y parásitos en sangre periférica. Lo hicimos asimismo en las Escuelas ,y fuera del ámbito de ellas .en lotes de 200 niños ;de cada uno de estos grupos hallamos los siguientes datos;

Niños de uno á diez años (incluidos los asistentes correspondientes á las escuelas de párvulos Nacionales y privadas):

Sin esplenomegalias ni parásitos	140
Con esplenomegalias solamente.....	17
Con parásitos solamente	4
Con esplenomegalias y parásitos	39
	<u>200</u>

Niños de uno á diez años (excluidos los asistentes á las Escuelas de toda índole.

Sin esplenomegalia ni parásitos.....	127
Con esplenomegalia	25
Con parásitos solamente	7
Con parásitos é infarto esplénico.....	41
	<u>200</u>

El índice esplénico del primer grupo fué ;

$$\text{Ind end} = 100 \times \frac{17 \text{ más } 4 \text{ más } 39}{200} = \frac{6000}{200} = 30 \%$$

En el segundo obtuvimos ;

$$\text{Ind end} = 100 \times \frac{73}{200} = \frac{7300}{200} = 36,5 \% \text{ y para ambos } 33,25 \%$$

Los índices esplénicos de uno y otro grupo fueron como fácilmente se advierte 28 % y 33 % respectivamente y los plasmódicos 21,5 y 24 % .

Esto, indica que el índice endémico proporciona un porcentaje más alto que que los esplénicos y plasmódicos debido á que estos no se investigaron en el total de niños existentes en el pueblo ,sino tan solo en los edad escolar.

Así en nuestro gráfico de índice esplénico del año 1925 aparece un 27 % , no consignando á los no existentes á las Escuelas por haberse hecho sino en los escolares.

ESTUDIO COMPARATIVO DE INDICES.-

Volviendo sobre las cifras que hallamos para el esplénico y plasmódico en el año 1925 se advierte que sus cifras son un tanto distantes ,siendo el último como es lógico ,más restringido ,por cuanto en muchos enfermos ,á pesar de ser enfermos ,no se halla tan fácilmente el hematozoario .Así para el primero encontramos un 27 % y tan solo 7% para el,segundo y así sucesivamente para las campañas siguientes ,como hemos consignado ,dándose años men los que el esplénico es bien manifies-

to y en cambio el plasmódico se halla á cero .

Atendiendo á este detalle se lleva con mayor frecuencia el esplénico que el plasmódico por su mayor expresión aparte de que la esplenomegalia es más fija que el acuse de parásitos ,que se deja influir más por factores ambientales. No obstante existe una correlación entre ambos subiendo y bajando á compás de las incidencias de las campañas .

RELACIÓN PARASITARIA.--- Se entiende por tal concepto el resultado de dividir el número de atacados por cada especie parasitaria por el total de sangres examinadas ,sin distinción de edades ,sexo ,etc.

Su fórmula es : $R_p = \frac{P_1}{S}$ en la que P_1 significa plasmodios hallados de cada especie y S sangres analizadas .Se trabaja en idénticas condiciones apuntadas para los anteriores .Como es lógico marca más bien ~~supera~~ la gravedad de la endemia al revelar un mayor ó menor porcentaje de las especies ~~benignas~~ benignas (P_1 vivax . y P_1 malariae) y las malignas por P_1 falciparum ó laverania malariae.

En nuestro estudio gráfico se echa de ver que la cuartana tempranamente desaparecida ,es especie sensible á la terapéutica antipalúdica y esto parece haber ocurrido en los restantes servicios antipalúdicos ,siendo hoy en día difícil el hallazgo .Latercia y la laverania son más resistentes y difíciles de desterrar .En nuestras campañas existe un cierto y evidente acompañamiento de la gravedad de la endemia reflejada en la mortalidad específica (perniciosas) y el porcentaje de laveranias .

NIVEL INTELECTUAL.--- Influye de un modo indirecto ,al rebajarse con la incultura la disciplina y cooperación ciudadana en las medidas implantadas en la zona ~~na~~ por las autoridades sanitarias ,no comprendiendo que los esfuerzos y sacrificios que se les exige tienen una acrecida recompensa de salud y bienestar económico ,pues la salud y energía de una raza siempre se traducirá á -- la postre en riqueza .En este sentido en este ambiente regularmente inculto ,~~rr~~ hemos tenido que vencer no pocas resistencias y prejuicios y sufrir desah-- dias que hubieran facilitado y mejorado nuestras campañas .

ECONOMIA Y PALUDISMO.--- Indudablemente tiene un entronque la riqueza y el estado sanitario de un pueblo .Por lo que á nuestro problema concierne la pobreza ejerce un gran influjo en la evolución de la endemia palúdica entre los que descuellan principalmente ,la deficiente alimentación y con ella los estados carenciales ,la escasez de abrigo ,la falta de reposo conveniente y -- el exceso de trabajo y la falta de higiene en el mismo ,que se traduce en un -- minus defensivo orgánico con escasez de resistencia al embate infectivo .No es de extrañar á este respecto la frase del Profesor GRASSI ;" El, problema

esté en la cazuela ".

Por lo que nosotros hemos comprobado ,el aumento de las zonas de regadio en esta región ,con el natural incremento de riqueza que ha determinado ,ha contribuido en no pequeña escala á la aminoración de la malaria.

COSTUMBRERES.- El modo y medio en que trabaja habitualmente el hombre tiene gran influencia sobre la adquisición y mantenimiento del paludismo.

Así en nuestro campo tiene gran importancia la concentración del personal bracero y aparcerero, muchos de ellos portadores de gametocitos ,verdaderas fuentes de contagio para los sanos ,sobre todo si como los cultivadores de pimiento y tabaco y en menor escala de algodón ,pernoctan en los refugios llamados "secaderos " en las inmediaciones de charcas ,pozas y acequias de riego ,densamente invadidas por el anopheles ,que nace y se desarrolla con la óptima facilidad ,máxime cuando por excesivo calor durante el estío ,duermen á plena intemperie sin ninguna protección individual (mosquiteros) ni colectivo (protección mecánica de puertas y ventanas etc).Esto constituye, para los niños sobre todo un grave riesgo.

VIVIENDA.- Lo que antecede tiene conexión con este factor ,pués ya hacemos referencia al secadero-habitación ,casa campera corriente para el mediero y sus familiares con sus graves inconvenientes . Igual razonamiento cabe para la choza del pastor ó la cabanilla del que se encuentra en las faenas de la trilla ,pués todas ellas adolecen de parecidos defectos de los apuntados. Por lo que atañe á las casas del pueblo tambien encontramos grandes deficiencias higiénicas ,sobre todo en lo referente al hacinamiento humano y á la íntima vecindad de la vivienda humana con la de los animales domésticos (establos ,porquerizas ,gallineros etc) .No creyendo ,por otra parte que la pretendida zoofilia del mosquito ahuyentándole del hombre ,habría de compensar sus múltiples inconvenientes y peligro (fiebre de Malta ,recurrente ,carbunco etc.)

Muchos de los edificios ,sobre todo en el sector del Mediodía ,se hallan en las proximidades de las huertas ,que para su riego tienen pozas cargadas de anopheles ,con el riesgo consiguiente que esto supone para los inmediatos moradores .Sin embargo hemos conseguido aminorar en gran parte este anophelismo merced á la siembra y procreación de gambusias en estas colecciones acuáticas peridomesticas .Á ello ha contribuido recientemente la desinfecciones y desinsectaciones con D D T y gamaexano llevadas á cabo por el Dr LOZANO MORALES ,con nuestra colaboración.

AGRICULTURA Y GANADERIA.- Por lo que hace referencia á la primera ya hemos indicado los defectos de los cultivos del pimiento ,tabaco y algodón etc--

con sus encharcamientos y remansos de agua, elevando el anophelismo, el tipo de vivienda de aquellos campos, con la peligrosa cercanía del río Tietar y de las ~~condiciones~~ colecciones de aguas próximas en las más apropiadas condiciones para la cría del mosquito y sobre todo carentes de las más elementales protecciones. Existe además el grave inconveniente de concentrarse en esas zonas de cultivos grandes masas de población que allí acuden en busca de trabajo de los más apartados lugares de la provincia y aún fuera de ella. (Hurdanos, del caso de Toledo etc) que luego difunden y expanden el paludismo que allí adquirieron. Con ello hay un indudable trasiego de la zona agrícola á los centros de población, que así renuevan su endemia.

Sobre todo ofrece un cierto peligro próximo la época de recolección de frutos que se efectúa á fines del verano y otoño, con el consiguiente riesgo de las inoculaciones por la verania.

En cuanto á la ganadería, prescindiendo de la teoría de Roubaud sobre la pretendida zoofilia (zootropismo) del parásito, constituyendo el animal en cierto modo una barrera de defensa del hombre y que á nuestro juicio en poco afecta á la esencia del problema, importa que señalemos por el contrario el inconveniente que supone la construcción de abrevaderos en forma de estanques, en terrenos impermeables verdaderos colectores de aguas de lluvia ó de pequeños manantiales donde se crían á placer los mosquitos.

MOSQUITOS INOCULANTES MÁS FRECUENTES.— Entre los anophelines, que parecen demostrarnos ser los auténticos vectores de la malaria contamos en nuestra demarcación con las siguientes variedades: ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

ANOPHELES MACULIPENNIS, A. ATROPAVUS, A. BIFURCATUS y A. SUPERPICTUS según las pesquisas de GIL COLLADO y hermanos De Buen (Sadi y Eliseo) Luengor et c.

Por lo que se refiere á la pretendida diferenciación de Roubaud de las diferentes razas, comportándose de distintas maneras en sus aptitudes aplicar al hombre y á los animales domésticos en relación con su índice maxilar, Sadi De Buen estudia este aspecto en los anopheles en la campaña de Talayuela, campo similar y cercano al nuestro, concluyendo que no existen diferencias apreciables entre los recogidos en las casas y las cuadras.

Las hembras ya fecundadas, se refugian principalmente en las cuadras, bodegas, zahurdas etc donde permanecen todo el invierno realizando las puestas á comienzos de Marzo según las temperaturas, en aguas convenientes generalmente en las proximidades de su cobijo, á juzgar por su corto vuelo (experiencias de Sadi De Buen con mosquitos coloreados) y la costumbre de volver á su punto de origen.

Las larvas suelen aparecer pués en esta época, desapareciendo por lo gene-

neral , á finales de Noviembre . Asi se deduce de nuestraxx experiencia y de las de LOZANO MORALES en Navalmoral de la Mata.

9. AMBIENTE PALÚDICO--. Se define por el conjunto de condiciones del medio que facilitan el desarrollo del paludismo ,y como este está sujeto al hombre que le padece y es su victima ,como el mosquito que lo inecula ,son de doble condición los factores á tenerse en cuenta :Unos los que favorecen la cria del mosquito anopheles y otros que influyen sobre el organismo humano haciéndole más ó menos receptivo y facilitando óx dificultando su inoculación .

En ello influye grandemente el clima ,que ya de por si determina la mayor ó menor gravedad de la endemia ,clasificando los diversos lugares geográficos. Asi las zonas ~~trópicos~~ tropicales ,por su elevada temperatura ,ambiente húmedo ,vegetación exuberante etc constituyen los puntos de máxima gravedad y extensión de la endemia,corriendo además casi parejamente las altas temperaturas ambientales con la incrementación de las especies ~~haveránicas~~ haveránicas y con las consiguientes producciones de las terribles perniciosas ,ocasionantes de -- esas muertes fulminantes ,tan frecuentes en aquellos parajes.

Á este tenor existe otra zona subtropical ,de menor auge maléfico ,por no conjugarse todos los factores climáticos apuntados ,ó yapor no ser tan acusados (mayor altitud sobre el nivel del mar ,vegetación no tan " ad hoc " ,menor - temperatura ó mayor variabilidad en la misma). Sin embargo tambien con aptitud para el desarrollo y mantenimiento de la endemia ,si bien más fá'cilmente atacable y corregible .En este apartado podemos incluir nuestra región extremeña ,de relativa gravedad ,en relación con el resto del panorama nacional .

En nuestra comarca donde reina la malaria endemicamente adquiriendo gran persistencia,por su suelo relativamente impermeable ,calor intenso y sostenido ,abundancia de aguas remansadas etc se producen con relativa frecuencia las infecciones estio-otoñales .

En este floreciente ambiente palúdico influye ,tal vez más que ningún otro factor ,la temperatura pues como dice muy atinadamente Gil Collado con su gran autoridad de Entomólogo ,ella actua directamente sobre lafase esporogónica del parásito en el medio interno del mosquito anopheles. Asi una temperatura por debajo de 16°C hace que se inhiba el desarrollo en el ooquiste y si se mantiene puede determinar el cese total del mismo.En cambio James sostiene que se logra conservar la infección en el mosquito ,manteniéndole á -- temperaturas bajas una vez que se han formado los esporozoitos ,observación que aseveran otros investigadores .

A este respecto Boyd opina que se aminora el ciclo del parásito á medida que que asciende la temperatura .

Sadi De Buen cita el hallazgo de dos mosquitos infectados en dos épocas dispares en cuanto á factor temperatura como son Junio y Noviembre.

Grassi de sus trabajos experimentales que los máximos calores , más bien perjudican que favorecen el desarrollo del anopheles , apreciando una menor talla de los mismos que cuando el calor es más moderado .

Y por último Eliseo De Buen concluye de sus experimentaciones en el Instituto Antipalúdico de Hualmoral de la Mata , que tardan más en aparecer las larvas á medida que descienden las temperaturas.

Pittaluga lo enfoca en el sentido de que lo que tiene importancia en particular son las temperaturas en el momento de la dispersión de las hembras invernantes en su primera puesta . Este instante tiene una decisiva influencia sobre el porvenir del anopheles y sus crías sucesivas en el resto del año.

Desde este punto de vista nuestro ambiente reúne las condiciones más favorables para un intenso anophellismo , por cuanto sin ser rigurosamente elevadas las cifras termométricas , se lo son lo suficiente para que sostenidas en este nivel durante primavera estio y otoño faciliten la vida y procreación del mosquito .

Cosa parecida ocurre con el grado de humedad del medio que condiciona también su altitud . Así opina Sella , Gil Collado , Lozano Morales y otros investigadores al afirmar que la sequedad es enemiga del mosquito y que este determina su salida de sus refugios diurnos á la puesta del sol , buscando un mayor grado de humedad de esta hora .

También influyen favorablemente en el anophellismo el regimen de lluvias por cuanto en los años de sequías prolongadas es de observación vulgar la disminución , no tan sólo del número , sino también del dinamismo del mosquito.

Así en estos últimos años , de pertinaz sequía , que tantos daños ha originado á nuestra riqueza agrícola y ganadera , ha tenido en cambio un influjo favorable para nuestras campañas antipalúdicas al oponerse á la multiplicación del anopheles .

En cuanto á las colecciones de aguas del término y sus condiciones , ya hemos significado reúne las más óptimas para el desarrollo anophélico ; aguas limpi de poca corriente , relativamente soleadas y con vegetación que les permita á los mosquitos alimentación y refugio para esquivar el ataque de sus enemigos. Se comprende fácilmente que dentro de la clasificación de las aguas en extradomésticas y peridomésticas , hemos de conceptuar como más peligrosas á estas últimas , por dar lugar al nacimiento de los mosquitos y de sus larvas en el

propio albergue humano ,y ser por consiguiente su acción más íntima y directa .

En este sentido nuestro campo es lugar propicio ,como ninguno ,para la multiplicación del mosquito .Digamos sino las innumerables pozas de riego de las huertas colindantes con las viviendas ,los pozos y estanques existentes en la población .Y por lo que se refiere á las extradomésticas ya hemos apuntado ,en otro punto de esta reseña ,la peligrosidad de los canales ,acequias y pozas de riego ,las fuentes ,embalses ,abrevaderos para el ganado de los esteros ,así como los arroyos y el río Tietar ,con sus frecuentes meandros y márgenes encharcadas .

El mapay croquis que á propósito de la siembra de *Cambussias* y su distribución en un área de tres kilómetros de radio á partir del caserio ,hemos confeccionado é insertamos al final de nuestra memoria ,pueda darnos una idea de cuanto hemos expuesto .

En él se marcan las edificaciones , charcas ,colecciones acuáticas ,carreteras ,caminos vecinales y límites municipales. Sirve de complemento otro más amplio ,que comprende el término municipal incluso la zona de cultivo agrícola de verano y otoño ,en las inmediaciones del río Tietar ,que también acompañamos.

- CAPITULO IX -

-LUCHA ANTIPLASMÓICA-

En lo esencial dos trayectorias que conducen á idénticas finalidades y que son comunes á todo servicio antipalúdico: La curación de los enfermos ,no solo con vistas á una acción humanitaria inmediata aliviando la suerte del mismo ,sino con horizontes más amplios de profilaxis cegando estos reservorios del virus ;y en segundo término el exterminio de los anopheles como vectores del mismo ,bien en su fase acuática (huevos ,larvas y pupas ó ninfas) ó ya en su condición de mosquito alado.

En realidad nuestra labor ha sido más directamente encaminada y más eficaz desde el primer punto de vista , Esto se collige fácilmente habida cuenta de múltiples razones :

1ª Contar con preparación ,aunque elemental y modesta en los trabajos de microscopia ,auxiliada con la observación clínica del enfermo.

2ª Disponer de material de laboratorio y personal auxiliar ,disciplinado y activo.

3ª Manejar medicación de todos los matices á medida que los investigadores lo han lanzado del campo de la experimentación á la lucha antipalúdica ,con garantía de eficacia ,suministrada sin regateos ,por los Directivos de la Sanidad Nacional ,sin solución de continuidad y sin desmayos en todos los

tiempos y en todas las situaciones.

En cambio nuestros trabajos de campo ,han sido muy reducidos y pobres ,concretando nuestra actuación á la colaboración con nuestros Jefes ,en cuantos menesteres se nos ha solicitado (obtención de mapas ó croquis del contorno ó sector á estudiar ó sanear ,siembra de Gambusias ,ayuda en las petrolizaciones y verificaciones ^{realizadas} en los primeros tiempos de nuestra tarea con los Dñes De Buen (Sadi y Eliseo) Luengo ,Maldonado San Pedro ,Cienfuegos etc ,captura de mosquitos y estudios de charcas ,analizados con la finalidad de determinar su contenido en culex y anopheles etc . y por último cooperar en las últimas campañas de desinfección y desinsectación bajo los auspicios - de nuestro Jefe Profesor CLAVERO DEL CAMPO y dirección del Dr LOZANO MORAL Director del INSTITUTO NACIONAL ANTIPALÚDICO DE NAVALMORAL DE LA MATA. Declaramos sinceramente que no nos faltó entusiasmo ,pero si preparación sólida para estas tareas ,más propias de los verdaderos especializados.

PAUTA SEGUIDA EN LA PRESCRIPCION DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS DOSIS USADAS ,TIEMPO DE MEDICACIÓN A QUE SE SOMETIÓ Á LOS ENFERMOS ,MEDICACIÓN AUXILIAR COMPLEMENTARIA etc.

Bueno es advertir ante todo que nuestro campo de acción no se ha reducido tan sólo á los habitantes residentes en el medio urbano , sino que desde que se iniciaron nuestras campañas ,de acuerdo y con la total ayuda de la Dirección General de Sanidad ,montamos un servicio subalterno de campo en la zona de "Las Vegas del Tietar " ,desde donde el Subalterno nombrado ,nos remite periódicamente las gotas gruesas para su diagnóstico ,y se encargade ejecutar personalmente los tratamientos que se le encomiendan .

Esto ,claro es,tiene por objeto facilitar la curación de los campesinos en su propio campo de actividad ,sin que se vean obligadas á abandonar sus faenas de cultivos agrícolas de tabaco ,pimiento y algodón en las proximidades de l Tietar . Esta medida ha producido y produce sin duda notables rendimientos ,porque ha evitado y evita ,en el foco más rebelde y peligroso de la endemia ,el que la desidia y el abandono de los enfermos dejara de ejecutar el tratamiento correcto y oportuno con arreglo á la especie parasitaria determinante del proceso.(El examen de bazo lo hacíamos personalmente desplazándonos tres veces por semana ,merced á un servicio móvil que en los primeros tiempos creó con esta finalidad ,conjunta con el Servicio Móvil de Puericultura ,que también funcionaba en la Localidad ,la Dirección General de Sanidad). De no haberlo hecho así ,indudablemente los tratamientos se hubieran hecho anárquicamente ,sin control microscópico ,ni exploración de bazo ,y sin normas de regularidad de dosis ,con el consiguiente ries-

go de convertirse los enfermos , á la larga , en quinino resistentes , portadores de gametos , con gran quebranto para abatir la endemia .

Los tratamientos pues , tanto los efectuados directamente por el Dispensario , como los dirigidos por éste , pero ejecutados por aquel servicio complementario de lazona campestre , han sido llevados con el control riguroso del análisis hemoparasitario y siempre , tanto en uno como en otro caso , con nuestra vigilancia y ni que decir tiene , por cuenta de la Administración Sanitaria Central.

Se han tratado , desde luego , no tan sólo los enfermos parasitados , sino también á todos aquellos que en su exploración acusaron esplenomegalia , aún cuando su análisis de sangre hubiera resultado negativa ,

Hemos dado preferencia sobre todo á los enfermos graves y á los niños y en general á aquellos que más peligro ó social endémico ofrecían.

MEDICAMENTOS . "QUININA." - En un principio fué casi el único remedio uti-

lizado , por razón de que entonces no había tenido lugar el descubrimiento de los preparados sintéticos , que tan excelentes resultados proporcionan en las campañas antipalúdicas , en las que rivalizan y aún en muchas ocasiones - aventajan á los clásicos preparados quínicos . Entre estos hemos manejado al modo como en los demás Dispensarios Nacionales , en los primeros tiempos principalmente , tres clases de preparados , todos ellos con bastante buen resultado : Comprimidos de bisulfato de quinina en adultos , grajeas de esta substancia edulcoradas y chocolatinas á base de quinina y ácido tánico . Las dos últimas variedades empleadas en los niños y en especial la chocolatina , cuando al propio tiempo padecían en la época estival , hecho muy frecuente diarrea , conjugando de este modo el preparado antimalárico y el astringente ; de ellos guardamos grato recuerdo , por que nos resolvieron no pocos casos difíciles de resolver por los procedimientos usuales . También usamos la equinina , por su escaso sabor , siendo fácil su administración á los pequeños . Pero ante todo , en general , hemos preferido cualquier preparado por vía oral , tanto en niños como en adultos , pero singularmente en los primeros , á los inyectables , por la grave exposición á escaras y necrosis de tejidos cuando se hace por vía intramuscular y la depresión y bajadotono vascular , amenazante de colapso , si inyectamos no muy lentamente por vía endovenosa , como nos sucedió en una enferma de nuestra clientela privada , hasta tanto la adrenalina y el masaje cardiaco nos resolvió la angustiosa situación .

Sin embargo no por ello desechamos por completo su uso , pues reputamos de necesidad esta vía intravenosa , verdadero recurso heroico , en un ataque pernicioso , obviando además los inconvenientes de referencia si la inyección

se practica muy lentamente y mejor aún si puede ser acompañada de medio á un miligramo de la solución de adrenalina al milésimo ,que evite la aguda - hipotensión arterial .

Las dosis habituales manejadas por nosotros han sido y son de un gramo diario de bisulfato de quinina (sal la más manejable por ser la mejor tolerada y la más económica ,factores ím á tener en toda campaña sanitaria)"per es ,en los adultos ,y variable según la edad en los niños ,en los que por regla general, administramos de 0,20 á 0,30 gramos hasta los tres años de edad según circunstancias personales de talla corpulencia y sobre todo de tolerancia individual ,siempre variable para cada uno y á partir de esta edad 0,10 gr por cada año ,más un plus de 0,10 gramos .Así para un niño de tres años 0,40 gr diarias en cuatro papellillos al día de 0,10 gr cada uno ;para el de cuatro años ,0,50 gramos (un papellillo de este contenido por mañana ,tarde y noche y dos al mediodía) y así sucesivamente á tenor de esta escala Niños hasta tres años de edad020 á 0,30 gramos

"	"	cuatro	"	"	"	.....0,50	gr
"	"	cinco	"	"	"	.....0,60	gr
"	"	seis	"	"	"	.....0,70	gr
"	"	siete	"	"	"	.....0,80	gr
"	"	ocho	"	"	"	.....0,90	gr
"	"	nueve	"	"	"	.....1,00	gr

Bueno es de advertir á este respecto que los niños por regla general son muy tolerantes para la quinina y no debemos ser parcos en su administración -- cuando el caso lo requiera en razón de la urgencia .

Tanto para ellos como para los adultos ,el tratamiento ha comprendido diez días á dosis total y veinte días más la misma dosis pero en días alternos ó media dosis diaria ; en síntesis un equivalente en total de veinte dosis. Así por lo menos nos lo ha aconsejado nuestra experiencia personal ,estimando las dosis excesivas improcedentes por su toxicidad y no más eficaces . Hemos preferido repetir otro tratamiento más abreviado pasado algún tiempo ,en evitación de recaídas .

De otros preparados derivados de la corteza de la quina como la totaquina , cinchonina y quinetum no tenemos apenas experiencia ,pues en realidad no hemos manejado más que el último ,en siete casos ,á la dosis de 1,50 gr diario en tres tomas de 0,50 gr cada una ,sin apenas diferencia apreciable con la quinina ,si bien lo estimamos ,como los demás observadores como de menor rendimiento terapéutico que la última .En uno de nuestros casos no desapareció la fiebre sino hasta el cuarto día y los parásitos hasta el séptimo . También duraron las pruebas el tiempo señalado para la quinina .

En las embarazadas palúdicas ,ante el temor de aborto ,preferimos los pre-

parados sintéticos, aún cuando la quinina bien administrada entendemos es inocua. Creemos á este respecto que el abortivo es el hematozoario, no el medicamento correctamente aplicado.

PREPARADOS SINTÉTICOS " ATEBRINA. - Las dosis utilizadas, al igual que en los restantes servicios antipalúdicos nacionales, han sido las de 0,30 gr en los adultos, en tres tomas de 0,10 gr cada una, preferentemente á la terminación de las comidas, con abundante cantidad de líquido, para conseguir una mejor tolerancia y absorción.

Por lo que se refiere á las dosis usadas en los niños, exponemos á continuación esta escala:

Niños menores	de un año de edad	.....	0,05 gramos
"	"	" uno á dos años.....	0,10 gr
"	"	" tres á cuatro años.....	0,10 á 0,15 gr, según peso.
"	"	" cinco años.....	0,15 gr
"	"	" seis á siete años.....	0,20 gr
"	"	" ocho, nueve, diez y once años..	0,25 gr
"	"	" doce años de edad en adelante..	0,30 gr

Generalmente sostenemos la medicación ininterrumpidamente durante siete días Barbosa, gran autoridad en la materia, opina que se debe administrar durante ocho días, tanto en adultos como en niños, pero intercalando algún día de reposo á mitad del tratamiento; también aconseja tres tomas.

El Profesor Pittalunga la recomienda durante siete días á la dosis de 0,30 gr diarios en tres tomas de 0,10 gr cada una; esta es la pauta que nosotros hemos seguido.

LOZANO MORALES, de acuerdo con los Autores Americanos ha ensayado y recomendado entre nosotros, el uso de este y de todos los medicamentos sintéticos en pauta de ataque. Sus resultados comprobados por nosotros son excelentes y -- tienen la ventaja de un menor tiempo de cura.

Decourt, operando con quinacrina (atebrina francesa) aconseja asimismo la repartición de la dosis total en varias tomas, el ingerirla con gran cantidad de líquido y con una alimentación vegetariana y rica en hidratos de carbono.

Nocht y Martin Mayer dicen que puede emplearse la vía endovenosa á la dosis de 0,20 gramos en dos inyecciones de 0,10 gr (una por la mañana y otra á la tarde) simultaneando con 0,20 gramos por vía intramuscular; no obstante -- prefieren la vía oral.

En este punto nosotros queremos aludir á un ensayo que hicimos en diez casos merced á la generosidad de la casa Bayer que puso á nuestra disposición la medicación, usando para cada uno de ellos la dosis de 0,30 gr (se trataba de adultos) en una sola inyección diaria, y por vía intramuscular, durante tres

días consecutivos. Tan sólo uno de ellos recidivó y en otro se produjo un absceso en región glútea que fué preciso incindir .Comprendían cinco tercias y otros tanto laveránicos ;el recidivante fué uno de los atacados de la verania.

PLASMOQUINA.- Medicamento específico de los gametocitos de la malaria. Generalmente no suele emplearse sola sino mezclada con la Atebrina, en el compuesto de la casa Bayer denominado ATEPE (buscando combinadamente el efecto esquizotónica de la Atebrina y el gametocítico de la Plasmoguina) ó á raíz de un previo tratamiento de sales de quinina (esta asimismo, como la Atebrina, como esquizotónica). También se une al resto de los sintéticos esquizotónicos.

Los dos procedimientos son eficaces, si bien nosotros damos preferencia al último, dando primeramente la dosis habitual de quinina, tanto en dosis como en duración del tratamiento y administrando á continuación durante cinco días seguidos tres centigramos diarios de Plasmoguina.

No traemos á este lugar las variantes de pautas en este punto de los diversos autores MUHLENS , MARTIN MAYER y NOCHT entre los extranjeros y los Profesores PITTALUGA Y MATILLA y el Dr BARBOSA entre los propios , porque varían en matizaciones que no afectan al criterio fundamental y por otra parte harían demasiado lato este modesto apunte.

En cuanto al método 6 punta recomendado en la combinación de quinina y -
plasmaquina, tan sólo hemos ensayado por De Buen (Sad1) de siete días de
quinina más plasmaquina, siete días quinina sola y siete últimos días --
otra vez quinina más plasmaquina, sin que hayamos obtenido mayor ventaja --
que con el corriente, que hemos referido antes.

No tenemos experiencia de la quinoplasmina ,ni de la plasmokuina compuesta ,compuestos de quinina y plasmokuina .La primera contiene 0,30 gr de quinina y 0,01 gr de plasmokuina por tableta y la segunda á razón de 0,125 gr de quinina y 0,01 gr de Plasmokuina .

Tampoco hemos usado preparados sintéticos, como el utilizado por los americanos con el nombre de "Cloroquina" muy eficaz al decir de los Dres. CLAVERO DEL CAMPO y LOZANO MORALES. La quinacrina y la prequina en realidad preparados franceses de atebina y plasmoquina, que no merecen comentario especial.

~~INTOL TNCIA XX DE LA PL~~

Q. What is the name of the person who is the owner of the property?

[illegible]

INTOLERANCIA DE LA QUININA.-

Escasos fueron los casos en verdad incompatibles con la administración de la quinina y sus sucedáneos. Recordamos no obstante algunos de ~~verdadera~~ verdadera idiosincrasia (anafilaxia medicamentosa) repelente de esta medicación, en que nos vimos obligados a suspender la droga, por un estado de gran excitabilidad nerviosa, con vómitos, diarrea, sordera, vértigo urticaria etc y pacientemente intentar una desensibilización previa a lo Besredka con pequeñas dosis, que se fueron gradualmente aumentando a medida que íbamos consiguiendo una mayor tolerancia. Esto en los primeros tiempos en que no se conocían aún los preparados sintéticos; posteriormente nos acogimos al recurso lógico de cambiar la quinina por esta medicación.

INTOLERANCIA DE LA PLASMOQUINA.-

También fueron muy raros los enfermos que la protestaron, recordando tan sólo uno de ellos en los que se manifestó la intoxicación por este preparado, en forma tal, que determinó la suspensión. En otros más leves pudieron continuar con ella si bien en dosis rebajadas. Las intolerancias graves se manifestaron por ciénosis, gastralgias y enteralgias, prurigo, tinte subictérico y un estado de obnubilación con hipertermia de 39,72 con presencia de urobilina en orina. Las cifras de hematies bajó a 3.400.000 en el mm³ de sangre. Se les sometió a régimen desgrasado y se les inyectó suero hipertónico glucosado y una vez conjurado su malestar se continuó su tratamiento por quinina "per os".

INTOLERANCIA DE LA ATEBRINA.-

En general es bien tolerada y tan sólo revelan los enfermos tratados con ella esa coloración amarillenta que tanto desagrada sobre todo a las mujeres. Ordinariamente no pasando de la dosis habitual máxima de 0,30 gr por día, repartida en tres tomas, no provoca inconvenientes de gran significación. Buena prueba de ello es la importación hecha por Barbosa, de varios casos en que por error sobrepasó elevadamente esta dosis, sin que los trastornos acusados fueran de gran cuantía. No obstante se debe ser parco en su administración, en los cardíacos, ulcerosos de estómago e intestino, colícticos y en los enfermos de disenteria y renales. Parece ser que su acción neurotrópica es pequeña según Pittaluga y desde luego en nuestra pequeña experiencia, ya referida, hecha con musonato de atebina en inyección intramuscular, no comprobamos ninguna alteración de importancia. Por el contrario otros observadores (GUIJA Y LOZANO MORALES entre nosotros) han descrito casos de intoxicación con trastornos mentales, vómitos, dolores abdominales etc) y algunos como Field y Niven, enfermos que a raíz de inyecciones de musonato de atebina intramuscularmente presentaron

convulsiones que por fin abocaron al estado comatoso y muerte. En cuanto á la intolerancia de los medicamentos compuestos de quinina-plasmoquina ó atebrina ordinariamente responden á un exceso de dosis, pues con las ordinarias no suelen presentarse alteraciones. Cuando á pesar de todo ocurren se suelen manifestar por síndromes de intoxicación similares á los descritos para los componentes aislados: vómitos, gastro-enteralgias, diarreas, íctericia, trastornos más ó menos graves del sistema nervioso, anemia, que á veces se acompaña de metahemoglobinemia etc.

Antes de cerrar este asunto, aconsejamos se debe ser parco y cauto en la administración parenteral, de la atebrina.

ELECCIÓN DE TRATAMIENTO.— A la vista de las anteriores manifestaciones es congruente sentar nuestro criterio, siquiera brevemente, sobre la pauta y método terapéutico preferible á seguir ante un enfermo palúdico.

En primer lugar, cuando se trata de un caso sin diagnóstico parasitológico debemos conceder preferencia por el Atepé ante la posibilidad de hallarnos frente á un caso de laverania.

Cuando por el contrario el diagnóstico de especie parasitaria se halla afijado por la hematoscopia, si el caso es producido por *Pl. vivax* ó *Pl. malariae* (este último hoy en día muy raro) podemos tratarlo indistintamente por quinina ó por atebrina, siempre que nox acuse más que esquizontes, siendo prudente añadir á posteriori alguna dosis de plasmoquina cuando se constaten gametocitos. En cambio en el caso de que se comprueben microscópicamente semillunas, se hace imprescindible é inexcusable usar la plasmoquina en las dosis reglamentarias según la edad, corpulencia, vigor físico, tolerancia del paciente etc. En este último supuesto se hace previamente un tratamiento por atebrina ó quinina y á continuación se termina con la plasmoquina. Ni que decir tiene que debemos proceder con esta norma igualmente cuando á pesar de no haber denunciado semillunas en el análisis se hallan comprobado anillos de *Pl. falciparum*, que aún cuando no tan ciertamente como las formas sexuadas, nos indican hallarnos frente á la especie trópica.

Preferimos efectuar el tratamiento combinado de quinina en un primer tiempo y á continuación plasmoquina.

Por otra parte, ante un caso grave de tipo cerebral (perniciosa) apelaremos incluso á la inyección de quinina por vía endovenosa, practicada muy lentamente y á ser posible mezclada con medio á un miligramo (de la solución de -- adrenalina al milésimo medio á un c. c.) de adrenalina. Este caso es en verdad el único en que encontramos justificado el método de Ascoli (quinina-adrenalina) en evitación de un colapso por baja rápida de la presión vas-

vascular y cardiaca . En cambio no lo reputamos acertado para el tratamiento del paludismo crónico ,comp este autor lo preconiza, buscando por medio de la adrenalina el que se contrajera el bazo y el hígado ,expulsando de los reducidos tisulares de estas visceras ,sobre todo del bazo esplénico á los plasmodios ,que de este modo ,una vez ingresados en la circulación periférica ,serían fácilmente atacables y exterminados por la quinina .Nuestra experiencia en este punto ,á base de una docena de casos estudiados, con esta acción con jugada adreno-quinina ha sido poco convincente ,nunca superior á los clásicos métodos manejados .

Nada decimos del tratamiento de la fiebre hemoglobinúrica ,pues no hemos comprobado ningún caso genuino de la misma , pues tan sólo nos hemos enfrentado con casos aislados de hematurias en palúdicos ,que difieren en su etiopatogenia de aquel síndrome .Como es lógico ,en caso cierto de esta grave variedad lo trataríamos suspendiendo la quinina ,en el supuesto de haberla utilizado ,supliéndola con los preparados sintéticos .

RECIDIVAS.- Como la prevención de ellas es punto capital en malarilogía ,conviene que manifestemos el interés que merece. Ahora bien como el tanto por ciento de recidivas (y lo mismo decimos de las recurrencias ,recaldas ,recrudescencias etc) difiere poco en los tratamientos hechos con quinina y atebrina (un tanto menor y por tanto más aliviadas con la última que con la primera) no hacemos hincapié en una preferencia á este respecto . Lo que nos parece si muy acertado en este punto ,es la pauta aconsejada por el DR CLAUVERO DEL CAMPO Director de la Escuela Nacional de Sanidad y Jefe de La Lucha Nacional Antipalúdica ,de tratar en el mes de Marzo ,antes de que surjan las recidivas primaverales ,á los presuntos portadores de gametocitos ,primo-infecciones del año anterior. Consiste sencillamente en un tratamiento breve ,pero intensivo , á base de preparados sintéticos (Pamaqui Mepacrinaetc) compuestos de atebrina y plasmoquina ,persiguiendo sobre todo la acción gameticida de la última substancia etc).

En realidad hoy día ,fuera de los casos evidentes de semi lunas ,en que es cierta la presencia de la especie trópica ,y entonces procedamos á prescribir en regla y dosis conveniente la plasmoquina ,previa la acción de la atebrina ó de la quinina (como esquizonticidas),en nuestro servicio ,casi únicamente manejamos el Atepe ,que por otra parte ,para la mayoría de los casos nos parece suficiente .

En esto coincidimos con el Profesor Matilla ,para el cual sus ventajas son :

1ª Acción sobre la fiebre. Desaparece en el 95 % de los casos en las primeras cuarenta y ocho horas.

2ª Acción sobre los parásitos.----- Desaparecen también rápidamente, lo mismo las formas asexuadas, que las resistentes ó gametos.

3ª Acción sobre el medio sanguíneo .------ Aumento proporcional de la hemoglobina y del número de hematies .La fórmula leucocitaria presenta las variaciones correspondientes al paludismo en regresión.

4ª Acción sobre las esplenomegalias .------ Determina una disminución evidente del número y escala de Boyd ó para mejor explicarnos, disminuye el número de esplenomegálicos y al propio tiempo se reducen los bazo gigantes .

5ª Influencia sobre las recaídas .------ Bastante aceptable, comprobando en su cien casos estudiados tan solo seis recaídas (en los dos primeros meses). Así pues aceptamos y de acuerdo con sus experiencias reputamos á este preparado sobre todo en el manejo de las campañas, en que se imponen tratamiento standar, muy aceptable, variándolo tan solo, como antes señalamos, en aquellos casos de fisonomía especial, en que se reclama una terapéutica "ad hoc" No aludimos á las medicaciones coadyuvantes de alcalinos (método de Sinton) salvarsan, stovarsol-aquinina etc porque apenas son utilizadas hoy en día habiendo pasado á la historia de la terapéutica antimalárica y únicamente aconsejamos, como medicación de orden general, como tónico y para reparar los estragos de la anemia y avitaminosis, los antiguos preparados arsenicales, ferruginosos, conjugándolos con los preparados vitamínicos y extractos hepáticos muy en boga actualmente y que nos ayudan muy eficazmente á la recuperación definitiva de los enfermos, acabando con esas caquexias, que, un día -- eran el sello específico é inconfundible del palúdico crónico.

----- -- CAPITULO X. --

-----PROFILAXIS.-----

Más que á la profilaxis medicamentosa, que dicho sea de paso, muy pocas está justificada (tan sólo en las concentraciones de obras públicas de alguna importancia y duración, para preservarlas de una casi segura contaminación) y que no deja de tener inconvenientes, nos hemos de referir aunque de un modo superficial, dada la índole de este pequeño trabajo, á la lucha contra el mosquito. Y aún en este punto hemos de concretar más dejando á un lado la profilaxis individual (polainas, antifaz para protegerse durante el día de la picadura de los mosquitos, mosquitero para dormir etc) nos ocuparemos preferentemente de la colectiva, objetivo primordial y al que concedemos el máximo interés en nuestros afanes.

Así pues diremos que de los sistemas recomendados para combatir y acabar en lo posible con el anophelismo, eje esencial del malaricólogo, unos como las

petrolizaciones tienen el defecto de su gran coste ,factor de gran estima en toda obra de saneamiento sanitario Nacional.

Lo mismo decimos de las verdificaciones con el arsenite de cobre conocido con el nombre de " Verde de Paris " ,que además ofrece el inconveniente de no poderse utilizar por su gran toxicidad , en los abrevaderos para el ganado y por que además por su gran densidad se va prontamente al fondo de las charcas é-lagunas donde se utilizaban con lo que disminuía su ataque á las larvas ,que principalmente moran en la superficie acuática .

Idéntico inconveniente, de suma carestía , tienen las obras de ingeniería sanitaria (gran bonifica) que aún cuando proporcionan un excelente fruto (digámo-lo sino el magnifico saneamiento sanitario obtenido por los italianos en el -agro pontino) exigen en cambio un extraordinario dispendio económico ,incompatible ,por el momento ,con nuestra economía nacional .[.

Así pues hemos de constreñir nuestro enfoque en dos procedimientos que preferiblemente usamos ,cada uno de ellos por razón distinta ,pero ambos aconsejables ,por los indudables óptimos beneficios que reportan y la compatibilidad ,con los recursos de nuestra Hacienda Pública . Aludimos á la siembra de Gambusia en las colecciones acuáticas peligrosas por su gran contenido en larvas de -anopheles y en segundo término á los nuevos métodos de desinsectación que -tan excelentes resultados proporciona.

GAMBUSSIAS.- Estos peces larvicidas ,verdaderos policías antipalúdicos , pertenecen á la familia Ciprínodontidas ..La especie aclimatada en nuestro país y en este ambiente se conoce con el nombre de Gambusia Holbrooki.Precede de los Estados Unidos en una latitud que corresponde á la Europa Meridional y Norte de Africa ,consiguiendo su aclimatación en nuestro país antes que en ninguno que otro de Europa .Las que trajeron procedían de la fuente del Roble ,de Talayuela ,donde las había llevado á su vez el Dr De Buen(Sadl) procedentes del ~~Mar~~ Acuario del Instituto oceanográfico de Madrid.

Á este respecto diremos que á este Centro las había remitido la Cruz Roja Americana ,bajo los auspicios del Dr Sella ,distinguido biólogo italiano . Son tan prolíficas que todas las existentes ,y su cantidad es incalculable ,provienen de unos cuantos ,muy pocos ejemplares.

Procrean perfectamente en todas las aguas ,que no se secan durante el año. Necesitan para su vida alguna vegetación ,pues de lo contrario no crían y concluyen por desaparecer .Su abundancia es mayor en verano que en invierno; en los días nublado no se les percibe ,pero en los días de sol ,ascienden á la superficie ,en busca de sus rayos .Resisten mucho á los procesos de putre-

facción y cuando, los charcos sesecan ,viven apelotonadas en el lógamo ;en cambio al aire libre ,mueren rápidamente .

La especie aclimatada ,por no contar con sus enemigos ,deveraderos de ellas se reproducen activamente ,con los únicos limites impuestos por la capacidad respiratoria del área habitada y la cantidad de alimento . Son muy voraces por los huevos y larvas de los mosquitos y de ahí su gran utilidad. No tiene más inconveniente que al propio tiempo pueden comerse los huevos

de otros peces y destruir una riqueza pesquera de la región (tenca y peces similares).Bajo este aspecto económico encontramos en la inyección de las siembras de las mismas algunas resistencias de los poseedores de estanques de agua dulce por temor ,muy fundado , de que se les descastara sus peces .Para su conservación hemos de procurar echarlas en las colecciones acuáticas que no se sequen en todo el año,con lógamo en el fondo ,donde pueden fagarse durante la época fría y con suficiente vegetación ,para que no mueran por inanición ó por devorarse unas á las otras .

Para su captura se emplean mangas de malla fina ó redes de tejido similar y para transportarlas ,botijos de barro ó hoja de lata con aireación suficiente .Para su prolificidad ,con pocos ejemplares basta ,para obtener prontamente la repoblación buscada .Sus resultados son muy estimables, según se deduce del estudio comparativo de charcas que las contienen y de las desprovistas ,registrándose una gran disminución de larvas anophelinas en las primeras con relación á las segundas .Son más eficaces y activas durante el verano ,en que hallan mejor temperatura para su vida y hallan al propio tiempo más densidad larvaria donde ejercitar su papel exterminador .Un medio para que actuen mejor las gambussias ,es quitar la vegetación que flota en las colecciones de agua y que muchas veces impide su acción.

Gil Collado dice que las Gambussias dan excelentes resultados como auxiliares de la lucha antipalúdica ,aún en aquellos parajes en que por su abundante vegetación parecería que su eficacia habria de ser limitada .

NÁJERA y LOZANO MORALES ,han estudiado su distribución en España ,preconizando métodos de siembra y conservación.

Hemos de procurar ante todo que los agricultores de la zona construyan un hoyo ó desnivel de las pozas de riego ,para que cuando llegue éste efecto se ,al desalojarle de agua ,quede un remanso de ésta que evite la desecación y con ella la muerte de las Gambussias .

Su gran eficacia está además favorecida por su escaso coste ,que no implica más coste que el acarreo desde los viveros á los lugares en donde queremos efectuar la siembra y la inspección periódica de su estado ,ayudados po

el personal subalterno.

Lo reputamos por estas razones de orden práctico, superior al "Verde de Paris" (Schvveinfurt). Nosotros, para su control riguroso, tenemos confeccionado, desde que implantamos su régimen, un mapa ó croquis, que adjuntamos al final de la memoria y en donde hemos diseñado, además de los términos municipales, límites, vías de comunicación, casas de campo etc., las charcas, y demás colecciones acuáticas, donde tenemos Gambusias, procurando no falten en todas las del contorno del lugar, en un perímetro cuyo radio es de tres kilómetros, teniendo en cuenta el radio aproximado del vuelo del mosquito á partir del centro de la población.

MODERNOS INSECTICIDAS.-

GAMAEAXANO. - (Hexacloruro de benceno -Hexaclorobenceno (666) parecido en su modo de obrar al D.D.T. (Dicloro difenil -tricloro -metil -metano.) diferenciándose de éste por su olor más acusado y una menor acción residual, pero teniendo en cambio la ventaja muy estimable en toda campaña sanitaria, de su menor coste, aparte de una acción eficaz más inmediata y pronta y el de que cuenta con un mayor campo de acción insecticida. Su acción se ejerce por contacto, por intermedio de la vía nerviosa, al parecer de varios observadores y en cambio para otros le haría en función de procesos de inhibición del, metabolismo celular.

Pero precisamente como dice muy atinadamente LOZANO MORALES en su tesis doctoral, en la lucha antiharvaria es donde la actuación por contacto se halla generalmente definida. Se aparta, por consiguiente, en su mecanismo de ataque contra la larva, de los otros productos clásicos que le precedieron en la lucha contra estos insectos como el petróleo, que obra por acción física ó ya por su toxicidad como el verde de Paris. Es por consiguiente más universal su obrar, puesto que ataca y mata por igual á todos los ~~gambusias~~ cultivos. Además es más activo como imago que como larvada, como es lógico suponer, habida cuenta de que la larva tiene un menor desarrollo del sistema nervioso, á través del cual ejercita su poder.

En la actualidad y con el fin de obviar los deficiencias ó inconvenientes de uno y otro, buscando el complemento de ambos, se usan mezclas de Gamaxano y DDT en la proporción de 1x 50 (2%) y 1x 40 (2,50 %) respectivamente. Así se ha hecho en la última campaña de desinfección y desinsectación llevada á cabo en la zona de influencia de nuestro servicio.

Afortunadamente estos potentes y eficaces medios de lucha antimosquito introducidos en nuestra profilaxis antipalúdica por los Dres CLAVERO DEL CAMPO y LOZANO MORALES prometen resolver de un modo definitivo el azote endémico.

Gozan estos insecticidas como larvicidas de las cualidades precisas enunciadas por De Buen (Eliseo) en su tesis doctoral.

1ª Eficacia sobre las larvas de anopheles y si es posible sobre las de otros mosquitos.

2ª Que supresencia en el agua no la impurifique para bebida del ganado ni para el riego.

3ª Que sea practicamente económica y posea tambien la condición fijada por LOZANO MORALES de no matar las Gambusias.

En las publicaciones del Dr LOZANO MORALES pueden informarse copiosamente todos aquellos á quienes interese el problema de la desinsectación, que no se circunscribe al estrictamente palúdico sino que irradia á otros muchos procesos infecto-contagiosos ó epidemiológicos. Así, reporta grandes beneficios, más ó menos directos en la lucha contra las mareas, ejercitando por exterminio una profilaxis contra los procesos eberthianos y disenteria bacilar (y por consiguiente de gran consideración ó influjo sobre la mortalidad por infecciones en general y sobre todo de la infancia, al minorar los procesos disentéricos, tan frecuentes y peligrosos de la época estival).

Se usan en pulverizaciones proyectadas por aparatos de los usados para sulfatar las vias, en fina emisión á razón de 0,50 gramo por cada metro cuadrado de superficie para el 666xix y un gramo para la misma extensión para el DDT. No obstante lo dicho acerca de sus concluyentes resultados creemos que estos magníficos productos, no destierran, antes por el contrario á otros larvicidas, sobre todo á la Gambusia, de un aprecio muy de estimar en razón de su comodidad y baratura, estimando que se deben conjugar y complementar ambos medios á una idéntica finalidad.

Con unos y otros la mejoría obtenida se ha hecho muy patente, minorando extraordinariamente el número de larvas, de mosquitos adultos, mareas, chinches, pulgas y toda clase de insectos repugnantes y peligrosos. Con ello no ha ganado tan solo la Sanidad sino el decoro público.

- CONCLUSIONES.-

PRIMERA.- En servicio antipalúdico similares al nuestro, debe ejercitar, ante todo, un saneamiento del foco de infección, por medio de un tratamiento eficaz, con vistas no tan sólo á salvar de momento al individuo, sino con la mira puesta en la evitación de futuros contagios.

SEGUNDA.- Esta acción no debe concretarse pues á la curación individual, sino á la esterilización del mismo, procurando en este sentido poner especial cuidado en los portadores de gametos, verdaderos focos de contagio para el futuro de la colectividad. Es buena practica en este sentido con -

gameticida " ad hoc " hacer un tratamiento breve pero intenso , de aquellos enfermos del año anterior que mostraren gametocitos en su análisis hemoparapitario en los finales del invierno ó principios de primavera , para cegar estos reservorios de virus , antes de que la nueva generación de mosquitos difundan el morbo.

TERCERA.- Favorecer y proteger la acción larvicida de la *Gambusia* cuyos depósitos , con el croquis ó mapa á la vista , debemos vigilar , á fin de contar con el cupe suficiente de las mismas , en la época de la siembra , para todas las colecciones acuáticas del contorno , en especial de las aguas peridomésticas.

CUARTA .- Confeccionar á ser posible todos los años , los índices plasmódicos y esplénicos de la localidad , para de este modo , contrastar la trayectoria de la endemia y los resultados de nuestra actuación .

QUINTA. - Cooperar activa y entusiastamente con los Directivos Nacionales de la Sanidad en la obra fecunda del saneamiento higiénico , por medio de los nuevos insecticidas que están consiguiendo en este sentido una obra de redención sanitaria.

En una palabra atender á la curación del enfermo y á la protección del sano.

- RESULTADOS OBTENIDOS. -

Como frutos más ó menos directos de nuestra labor , hemos cosechado las siguientes ventajas :

1ª - La aminoración rápida , desde un principio de la mortalidad específica por paludismo , que prácticamente en la actualidad es nula.

2ª.- Disminución grande de la mortalidad en general , aún cuando á éste mejoramiento han contribuido indudablemente asimismo otros factores ; Una alimentación más abundante y racional , con un mayor contenido y más completo de los diversos elementos nutritivos , sin olvidar los ricos en vitaminas , entre los habitantes de la zona; un más eficaz arsenal terapéutico , con los modernos antibióticos , vitaminas sintéticas etc ; una más científica asistencia pediátrica y puericultora , haciendo descender grandemente la mortalidad infantil ; y por último , una más depurada higiene y tratamiento en lo que se refiere á lues y tuberculosis .

No obstante el influjo de la malaria sobre la salud en general , es cierto y evidente , y la mejoría conseguida muy patente.

3ª .- Desaparición de las cuartanas .

4ª.- Aminoración grande de tercianas comunes ó primaverales .

5ª.- Disminución aún mayor de las infecciones estio-otoñales (tercianas

malignas ó estio, -otefial de los autores italianos.)

6ª .-Disminución importante de las esplenomegalias crónicas siendo raro --
hallar ejemplares clínicos de estos casos que tanto abundaban en los comien-
zos de nuestra lucha ,y reducción casi á cero del índice esplénico.

7ª - Mejorar extraordinariamente en el estado hemático ,glebular y hemoglo-
binico de los habitantes comarcanos .

Todo ello se traduce en optimismo pujanza y potencia de laraza.

Los gráficos y gráficas del final del texto prueban y dan cuenta estadis-
tica de estas mejoras.

8

Por Paludismo
n

Por enfermos generales
t

23	Caquexias	6
	Perniciosas	8
	<u>Total.....</u>	<u>14</u>

Enferm com	50	Enferm com	35
Nomas	2	Congest oer	2
Meningitis	6	Hemorrag oer	5
Deb cong	<u>14</u>	<u>Total.....</u>	<u>42</u>
<u>Total.....</u>	<u>72</u>		

Total de enfermos = 128 =

24	Caquexias	
	Perniciosas	4
	<u>Total.....</u>	<u>4</u>

Enferm com	53	Enferm com	31
Deb cong	13	Hemorrag oer	5
Meningitis	<u>1</u>	<u>Total.....</u>	<u>36</u>
<u>Total.....</u>	<u>67</u>		

Total de enfermos = 107 =

-:IMPLANTACION DEL DISPENSARIO:-

25	Caquexias	1
	Perniciosas	1
	Kala-Azar	1
	(Alejandro Nevado Cañabate de 7 años- 8-1-1925 (Exitos letalis))	
	<u>Total.....</u>	<u>3</u>

Enferm com	112	Enferm com	44
Deb cong	25	Congest oerb	3
Meningitis	4	Hemorrag	2
Congest oerb	1	Eclampsias	1
<u>Total.....</u>	<u>142</u>	<u>Total.....</u>	<u>50</u>

Total de enfermos = 195 =

26	Caquexias	2
	<u>Total.....</u>	<u>2</u>

Enferm com	57	Enferm com	34
Meningitis	2	Hemorrag oer	7
Congestiones	2		
Nomas	2		
Deb cong	<u>22</u>	<u>Total.....</u>	<u>41</u>
<u>Total.....</u>	<u>85</u>		

Total de enfermos = 127 =

27	Caquexias	2
	<u>Total.....</u>	<u>2</u>

Enferm com	50	Enferm com	43
Meningitis	3	Enem perne	2
Deb cong	17	Congest oerb	2
		Hemorrag "	5
<u>Total.....</u>	<u>70</u>	<u>Total.....</u>	<u>52</u>

Total de enfermos = 124 =

Por PaludismoPor enfermos generales

28

Caquexias 1
Perniciosas 2

Total 3

Enferm con 79
Nomas 2
Meningitis 7
Deb cong 15
Total..... 105

Enferm con 34
Hemorrag cer 2
Congest 2
Meningitis 1
Total..... 39

Total de enfermos = 147 =

9

Enferm con 97
Eclampsias 1
Congest 1
Raquitismo 2
Meningitis 3
Total..... 104

Enferm con 43
Hemorrag cer 1
Congest " 2
Total..... 47

Total de enfermos = 151 =

30

Perniciosas 3

Total..... 3

Enferm con 57
Congest cerb 1
Meningitis 1
Raquitismo 2
Deb cong 11
Total..... 72

Enferm con 43
Hemorrag cer 2
Congest " 2
Total..... 47

Total de enfermos = 122 =

31

Caquexias 1

Total..... 1

Enferm con 77
Meningitis 5
Raquitismo 1
Deb cong 11
Total..... 94

Enferm con 37
Hemorrag cer 2
Total..... 39

Total de enfermos = 134 =

32

Caquexias 1
Perniciosas 3

Total..... 4

Enferm con 61
Meningitis 1
Nomas 1
Deb cong 5
Raquitismo 2
Total..... 70

Enferm con 45
Meningitis 2
Total..... 47

Total de enfermos = 121 =

os	<u>Por Paludismo</u>		<u>Por enfermos generales</u>			
	iso	Ad tos	N o	tos		
33	Perniciosas	2	Enferm com	61	Enferm com	37
			Meningitis	2	Hemorrag eer	4
			Deb cong	<u>1</u>		
	Total.....	<u>2</u>	Total.....	<u>64</u>	Total.....	<u>41</u>
	-----		-----		-----	

Total de enfermos = 104 =

934			Enferm con	62	Enferm con	45
			Deb cong	7	Hemorrag eer	7
			Raquitismo	<u>1</u>		
			Total.....	<u>70</u>	Total.....	<u>52</u>

Total de enfermos = 122 =

35	Perniciosas	1	Enferm con	95	Enferm con	42
			Raquitismo	2	Hemorrag eer	1
			Deb cong	17		
			Meningitis	<u>1</u>		
	Total.....	<u>1</u>	Total.....	<u>115</u>	Total.....	<u>43</u>

Total de enfermos = 159 =

36			Enferm con	57	Enferm con	37
			Deb cong	5	Hemorrag eer	7
			Meningitis	<u>1</u>		
			Total.....	<u>63</u>	Total.....	<u>44</u>

Total de enfermos = 107 =

37	Perniciosas	2	Enferm con	57	Enferm con	40
			Deb cong	3	Hemorrag eer	3
			Congest	<u>1</u>		
	Total.....	<u>2</u>	Total.....	<u>61</u>	Total.....	<u>43</u>

Total de enfermos = 106 =

osas			erm con		erm con	
			Nomas	1	Hemorrag eer	4
			Congest	2		
			Meningitis	1		
			Deb cong	<u>4</u>		
	Total.....	<u>1</u>	Total.....	<u>58</u>	Total.....	<u>47</u>

Total de enfermos = 106 =

os	<u>Por Paludismo</u>		<u>Por enfermos generales</u>	
	<u>n</u>	<u>t s</u>	<u>os</u>	<u>Act tes</u>
39	Perniciosas 2	Perniciosas 1	Enferm con 29	Enferm con 41
			Meningitis 2	
	<u>Total..... 2</u>	<u>Total..... 1</u>	<u>Total..... 31</u>	<u>Total..... 41</u>

Total de enfermos = 75 =

40	Perniciosas 1		Enferm con 52	Enferm con 61
			Congest 2	
			Hemorrag cer 1	
			Deb cong 7	
	<u>Total..... 1</u>		<u>Total..... 62</u>	<u>Total..... 61</u>

Total de enfermos = 124 =

41	Perniciosas 4	Perniciosas 2	Enferm con 52	Enferm con 73
	Kala-Agar 1		Meningitis 1	Hemorrag cer 1
			Deb cong 1	
	(Alonso Arjona Bernejo de 4 años 6-VI-1941 (Eritos letalis))			
	<u>Total..... 5</u>	<u>Total..... 2</u>	<u>Total..... 54</u>	<u>Total..... 74</u>

Total de enfermos = 135 =

42	Perniciosas 5	Perniciosas 1	Enferm con 43	Enferm con 47
	(Eceses de medicación antipalúdica)		Meningitis 2	
			Nomas 1	
			Deb cong 4	
	<u>Total..... 5</u>	<u>Total..... 1</u>	<u>Total..... 50</u>	<u>Total..... 47</u>

Total de enfermos = 103 =

43	Perniciosas 1	Perniciosas 2	Enferm con 52	Enferm con 46
			Deb cong 5	Eclampsias 1
	<u>Total..... 1</u>	<u>Total..... 2</u>	<u>Total..... 57</u>	<u>Total..... 47</u>

Total de enfermos = 107 =

os

Por Paludismo
Niños

Por enfermos generales

44

Perniciosas 2

Enferm con 47
Deb cong 5

Enferm con 43
Hemorrag cer 2

Total..... 2

Total..... 52

Epilepsia 2
Total..... 47

Total de enfermos = 101 =

945

Perniciosas 1

Enferm con 29
Meningitis 1
Congest 1
Deb cong 1

Enferm con 39
Hemorrag cer 1

Total..... 1

Total..... 34

Total..... 40

Total de enfermos = 75 =

46

Perniciosas 1

Kala-Azar 1

(Antonio Moreno Ruiz de 4
años 7-6-1946 (Exitos letalis))

Enferm con 34
Meningitis 1
Congest 1
Deb cong 5

Enferm con 43
Hemorrag cer 1

Total..... 2

Total..... 41

Total..... 44

Total de enfermos = 87 =

47

Perniciosas 2

Enferm con 34
Meningitis 1
Deb cong 2

Enferm con 49
Hemorrag cer 2

Total..... 2

Total..... 37

Total..... 51

Total de enfermos = 90 =

948

Enferm con 23
Meningitis 1
Congest 1
Total..... 25

Enferm con 43
Hemorrag cer 2

Total..... 45

Total de enfermos = 70 =

Por Paludismo
Niños Adult

Por enfermedades generales
Niños Adultos

os

49

Enferm com	31	Enferm com	33
Meningitis	2	Meningitis	1
Congest	<u>1</u>		
Total.....	34	Total.....	<u>34</u>

Total de enfermos = 68 =

50

Enferm com	25	Enferm com	23
		Congest car	1
		Hemorrag "x"	<u>1</u>
Total.....	<u>25</u>	Total.....	<u>25</u>

Total de enfermos = 50 =

II SEMINARIO ANTIPALÚDICO de JAMAICA de la VERA (Choceros).

MORBILIDAD PALÚDICA EN EL TIEMPO.

AÑOS

1925.	1926	1927	1928	1929	1930	1931
—= 4.051	—= 3.932	—= 3.694	—= 3.504	—= 4.143	—= 3.832	—= 3424
+ = 1740	+ = 1469	+ = 1.180	+ = 1.234	+ = 1.771	+ = 1.876	+ = 1.130
++ = 105	++ = 155	++ = 9	++ = 2	++ = 1	++ = 6	++ = 2
+++ = 72	+++ = 60	+++ = 29	+++ = 30	+++ = 30	+++ = 70	+++ = 30
? = 135	? = 221	? = 110	? = 96	? = 27	? = 43	? = 31
M = 11	M = 6	M = 1				

1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
—= 3.246	—= 2.659	—= 3.638	—= 2.541	—= 2.300	—= 3.100	—= 2.772
+ = 1.196	+ = 1.181	+ = 1.251	+ = 1.135	+ = 562	+ = 1.045	+ = 1162
++ = 2	++ = 2					
+++ = 46	+++ = 70	+++ = 120	+++ = 70	+++ = 52	+++ = 99	+++ = 120
? = 26	? = 38	? = 42	? = 38	? = 34	? = 88	? = 82

1939.	1940.	1941	1942	1943	1944	1945
—= 1.600	—= 2.256	—= 2.656	—= 2.626	—= 3.778	—= 1.717	—= 2.798
+ = 842	+ = 1.170	+ = 1.337	+ = 1.226	+ = 2.002	+ = 596	+ = 809
+++ = 70	+++ = 57	+++ = 180	+++ = 187	+++ = 207	+++ = 56	+++ = 57
? = 34	? = 37	? = 90	? = 97	? = 89	? = 18	? = 28

1946	1947	1948	1949	1950
—= 2.174	—= 2.109	—= 1.858	—= 1.070	—= 1.017
+ = 520	+ = 486	+ = 287	+ = 191	+ = 179
+++ = 28	+++ = 21	+++ = 21	+++ = 17	+++ = 2
? = 7	? = 2			

Código

—= Negativos
 + = Tercianas
 ++ = Cuartanas
 +++ = Laveranias
 ? = Indecisos
 M = Mixtos

DISPENSARIO ANTIPAUDICO DE JARAIZ DE LA VERA (CACERES)

Cuadro general estadístico de los análisis verificados durante la etapa de su funcionamiento. (Comprende las campañas de 1.925 a 1.949 ambas inclusivas) con expresión de especies parasitarias.

	Tercianas	Quartanas	Laveranias	Dudosos	Mixtos	positivos	negativos	
	1790	105	72	135	11	2.113	4.051	6.164
6	1469	155	60	221	6	1.911	3.932	5.843
	1180	9	29	110	1	1.329	3.694	5.023
8	1234	2	30	96		1.362	3.504	4.866
3	1771	1	30	27		1.829	4.143	5.972
30	1677	6	70	43		1.998	3.832	5.830
31	1330	2	30	39		1.401	3.424	4.825
32	1186	2	46	26		1.270	3.246	4.516
33	1181	2	70	38		1.291	2.669	3.960
	1251		120	42		1.413	3.633	5.046
35	1135		70	39		1.244	2.841	3.785
36	562		52	34		648	2.300	2.948
37	1045		99	88		1.232	3.100	4.332
38	1162		120	32		1.364	2.772	4.136
39	842		70	34		946	1.600	2.546
	1170		57	37		1.264	2.256	3.520
1	1337		180	90		1607	2.656	4.263
2	1225		187	97		1.509	2.626	4.135
3	2002		207	89		2.298	3.778	6.076
	596		56	18		670	1.717	2.387
5	809		57	28		894	2.298	3.192
	520		28	7		555	2.174	2.729
7	496		21	2		519	2.109	2.628
	287		21	—		308	1.858	2.166
9	191		17	—		208	1.07	.278
50	179		3	—		181	7	
os	27376	286	1799	1422	18	31.183	70983	101166
	27.857	286	1.801	1422	18	31.364	72.000	102.364

NOTA: Población de hecho de Jaraiz en 1925..... 5707
" " " " " " 1.950..... 7525

Tanto por ciento estadístico aproximado para el cálculo 70 (L) y
30 (F).

CONCLUSIONES.

Como derivados prácticos de nuestras pobres observaciones y aparte algunas que parcelariamente hemos consignados, al paso en los precedentes capítulos, queremos resumir en breves líneas nuestro criterio y sentar la pauta á seguir ante casos similares á los ya estudiados.

Así pues consecuentemente mantenemos los siguientes puntos de vista ;

PRIMERO: Hemos obtenido ,merced al fruto de las campañas antipalúdicas ,á compás de la amineración de la endemia ,y una más exquisita vigilancia y tratamiento antimalárico de la mujer gestante un notable mejoramiento con ostensible y muy acusada disminución del número de abortos y casos de paludismo congénito.

En toda gestante palúdica debe tratarse conscientemente por el medicamento antimalárico "ad hoc " quereciame su especie paramitaria y las formas de invasión (esquizontes ,gametos etc), habida cuenta que la medicación ,aún la misma quinana ,bien instituida ,nunca es abortiva,y si lo es ,por el contrario, en grado extremo, el parásito ,que es el verdadero causante del desastre toxicológico.

Con esta medida no protegemos tan sólo á la madre ,sino tambien al feto llevando á cabo una verdadera profilaxis anticoncepcional malarica (profilaxis del paludismo congénito .).

SEGUNDO.- En todo niño recién nacido ,ó de pocos dias de vida y con fiebre, en ambiente palúdico ,procedente de madre malarica ,debe estudiarse clínica y hematológicamente ,en busca del hematozoario ,haciendo una meticulosa exploración de bazo ,y aún en caso de hemateosopia negativa ,si acusa esplenomegalia (y más aún si no es heredo-lúctico) instituir tratamiento antipalúdico de prueba. Con esto ello aparte de no perder nada ,en el caso de negatividad palúdica, nos pondremos á cubierto de un inesperado ataque pernicioso ,convulsivo, disenteriforme etc en el caso de un paludismo oculto y latente

TERCERO.- En todo enfermo malarico con adinamia y astenia pronunciada deben estudiarse el metabolismo basal ,cifras tensionales de su sistema arterial, curvas de glicemias, aún de vigilar pigmentaciones sospechosas ,ante imposibilidad de hallarnos ante un cuadro de Addisonismo ,más ó menos acusado ,pues se dan ,con frecuencia ,casos frustrados ó de lesiones mínimas que conviene denunciar á tiempo ,ante la eventualidad de su agravación por no sentar oportunamente un correcto diagnóstico y una acertada terapéutica específica .

CUARTO.- Que no son incompatibles en un mismo paciente el plasmodio y el

Micobacterium tuberculosis, pues, aunque escasos, no dejan de registrarse algunos casos de la doble infección, en las zonas de endemia palúdica, debiendo hacerse cargo de la parasitación sobreesfuerzada, curando pronta y definitivamente su padecimiento, que en caso contrario agravarían notablemente el proceso fúncico, que simultáneamente es más fácil de conjurar. Es pues imprescindible en ambiente malarico proceder urgentemente en pacientes tuberculosos a la investigación plasmódica a la menor sospecha clínica de parasitación.

QUINTO.- En toda zona palúdica, ante un caso de esclamancia, sobre todo infantil, es inexcusable la hematoscopia, y caso de evidenciarse al plasmodio, proceder rápidamente a implantar la correspondiente medicación antimalárica. Y aún en caso de no contar con microscopio, instituir medicación antimalárica de prueba, que nunca es perjudicial y en la mayor parte de los casos solucionará el problema.

SEXTO.- En general, en todo paciente febril, de la índole que sea, Eberthiano, cardíaco, neumónico, presanto meningítico etc, en región endémica malarica, acudirémos al análisis hematológico en busca del hematócrito, que por sí solo puede haber enmascarado el proceso, con el consiguiente erróneo diagnóstico ó haberlo complicado, añadiendo una carga tóxica más, al pobre ^{enfermo} exhaustando sus ya escasas fuerzas y sus minoradas reservas de elementos defensivos.

SEPTIMO.- En el tratamiento de todo palúdico, hemos de procurar además del medicamento específico que yugule rápidamente la parasitación, añadir aquellos otros factores terapéuticos que restauren el equilibrio hímato-vascular, facilitando la regeneración globular y hemoglobínica y de protección del endotelio vascular (calcio, vitaminas C y K, rutina, extractos hepáticos, compuestos de aminoácidos), así como de régimen de proteínas y frutas apropiadas.

Con esto repararemos la anemia, evitaremos todo conato hemorrágico y elevaremos el tono general del enfermo.

Con estos postulados, pretendemos modestamente, servir a la Sanidad Pública, y con ella, a la Humanidad en general y a ESPAÑA y su raza especialmente.

JARAIZ DE LA VERA (Cáceres) 7 de Abril de 1953.

Atalio Quera

B I B L I O G R A F I A

J. N A C I O N A L

ALVAREZ ROMERO "Servicio móvil del Jerte" Memoria campaña contra el paludismo (1925-1927) Don Gral de Sanidad 1.928.-

BARBOSA (A) Cinco casos de paludismo tratados con dosis elevadísimas de Atebrina-Terpap-Practica- 1.934.

BARBOSA (A) Clínica del paludismo-Boletín técnico de la Don Gral de Sanidad 1.938.

BARBOSA (A) y LOPEZ ARJONA (B) "El Paludismo en el primer año de la vida " La Victoria, Edic. Placencia 1.935.-

BUEN (ELISEO DE) "Lucha antilavaria" Memoria campaña contra el paludismo (1.925-1.927) Don Gral de Sanidad.- 1.928.

BUEN (ELISEO DE) y DIAZ FLORES (A). Instituto antipaludico de Naval-moral de la Mata (Cáceres) Memoria Campaña contra el paludismo (1930 1.931) Don Gral de Sanidad 1.932.

BUEN (ELISEO DE) y SANCHEZ TERRADAS "Aguilas de la Frontera" Memoria campaña contra el paludismo (1.925-1.927) Don Gral de Sanidad 1928.

BUEN FERNANDO Y BUEN (SADI DE) "Adaptación en España de la Gambusia a fines Comisión Saneamiento Comarcas paludicas. Don Gra. de Sanidad 1.922.

BUEN (SADI DE) Memoria Campaña contra el paludismo 1.920-1.921 Don Gral. de Sanidad 1.922.

BUEN (SADI) El método de la gota gruesa en el diagnóstico del paludismo.- Archivos de Cardiología y Hematología num 6-1.924.

BUEN (SADI DE) Consideraciones generales-Memoria Campaña contra el paludismo 1.923-1.924 Don Gral. de Sanidad 1.925.

BUEN (SADI DE) Nota acerca de la acción de la plasmoguina sobre las semilunas- Bol. Tec. Don Gral. de Sanidad-Año II num, 28 - 1.927.

BUEN (SADI DE) Nota preliminar sobre un ensayo de plasmoguina en ambiente rurales- Med-Paises-Calidos-Año I num, 4-1.928.

BUEN (SADI DE) "Lección teórico-práctica dadas a los alumnos de la

Escuela Nacional de Sanidad.- El derecho Sanitario Español VI-
1.929.

BUEN (SADI DE) "El paludismo en el campo" Catecismo del agricultor
y el jornalero.- Espasa Calpe- 1.929.

BUEN (SADI DE) "Algunas consideraciones sobre la conservación del
virus palúdico en la época inter epidémica.- Med. Países Cálidos-
Año IV-núm, 1 1.931.

BUEN (SADI DE Y BUEN (ELISEO DE) "Primeros ensayos sobre el empleo
del Verde Paris en España en la lucha antipalúdica.- Bol. Tec. Dirección
Gral. de Sanidad Año II núm, 3- 1.927.

BUENZAS (V) Dispensario Antipalúdico de Jaraiz de la Vera "Memoria
Campaña contra el paludismo (1.925-1.927) Dirección Gral. de Sanidad.
1.928.

CAMPO (A. del) y PITA (E.) Nota sobre la lucha antipalúdica en la
provincia de Cáceres (Años- 1.921-1.923) Rev Sanid- Hig Pube- Año
VIII núm, 6- 1.939.

OLAVERO DEL CAMPO (G.) Lucha antipalúdica en España- Rev. Hig Sani-
dad Pull Boletín Técnico de la Dirección Gral. de Sanidad Año XXIV
Marzo 1.950- Discurso de ingreso en la Real Academia de Farmacia.

DIAZ FLORES (A.) Pauta para estudios de campo encaminados (medir
el contacto de los anopheles con el hombre y con los animales es-
tabulados en zonas palúdicas y en regiones caracterizadas por la
presencia del anopheles sin paludismo "Rev San Hig Pull Año XII
núm, 7

DIRECCION GRAL. DES SANIDAD.- Informe sobre el viaje a España de
la comisión del Paludismo de la Organización de Higiene de la So-
ciedad de Naciones Madrid- 1.928.

DIRECCION GRAL. DE SANIDAD.- Instrucción sobre la utilización de
las Gambusias- comisión Central de Trabajos Antipalúdicos-Madrid
1.929.

GARCIA DE OESA (O) "La asociación médica mentosa atebri-na-plasmo-
quina en el tratamiento de las fiebres estio otoñales- Med. Países
Cálidos año VI núm, 1 - 1.933.

LOZANO MORALES. (A). - Problemas prácticos de la lucha antipalúdica .La profilaxis medicamentosa .-Med.Colonial .4 ,265 ,1944.

LOZANO MORALES. (A) . Aspectos prácticos de la paludización e infección artificial del anopheles maculipennis .-Rev .San.Hig. Publ. 9, 637 ,1944.

LOZANO MORALES. (A). - La terapéutica del paludismo por la Metoquina. Com .Jer .Hig. Española ,Sevilla ,Abril 1945.

LOZANO MORALES. (A). Nuevo método de disección de las glándulas salivares en relación con el índice esporozoítico.Rev. San . Hig . Publ.10 ,675 ,1945

LOZANO MORALES. (A) - Quimioterapia del paludismo .Estado actual ante la epidemia española .-Publicaciones de la Dirección General de Sanidad n:1946

LOZANO MORALES. (A). - TÉCNICAS DE LUCHA ANTIPALÚDICA

Editorial Salvat .Madrid-Buenos Aires 1946.

LOZANO MORALES (A). - Pasado y presente de la hidropinoterapia del paludismo.El Siglo Médico .4 757 ,748 ,1947.

LOZANO MORALES. (A). - Algunos aspectos del tratamiento de los portadores de gametos como medida de lucha antipalúdica.-Clínica Hispánica ,3,I,51 , 1947.

LOZANO MORALES. (A) . Nuevas experiencias para valorar la acción terapéutica de la Paludrina.-Rev .San .Hig. Publ. 6, 523 ,1948.

LOZANO MORALES (A). - En colaboración con CLAVERO Y BOMED.- Tratamiento del Paludismo con Paludrina (Primeros ensayos en España).Rev . San.Hig. Publ.3, 189 ,1947.

LOZANO MORALES. (A) .- El Hexacloruro de Benceno en lucha antipalúdica . Tesis Doctoral .Madrid .1948.

LOZANO MORALES. (A). -Nuevas experiencias con Paludrina.Rev .San. Hig. 6, 522 ,1948.

LOZANO MORALES. (A). - Las técnicas de lucha antipalúdica de la O.N.S. Rev.San . Hig .Publ.8,721 ,1948.

LOZANO MORALES. (A). - Aspectos Sanitarios del Hexacloruro de Benceno. Rev. San . Hig.Publ.2, 129 ,1949.

LOZANO MORALES. (A). -Desinsectación en la Zona palúdica del Tietar. Rev. San. Hig. Publ. II-12, 803 , 1950.

LOZANO MORALES (A). - Pantasde staque y Nivaquina en lucha antipalúdica Rev. San. Hig. Publ .I. 31 .1951.

LOZANO MORALES (A). - Fundamentos de la desinsectación antipalúdica. Rev .San . Hig.Publ .4 , 1951.

LOZANO MORALES. (A). Técnicas de Lucha Antipalúdica ,2ª Edición . Salvat .Editores. Barcelona . 1950.

LOZANO MORALES (A). - Bases para el empleo de los Modernos Insecticidas.

SER ,VIII ,79 ,49, 1949.

LOZANO MORALES.(A). Resochin (4 amino quinolina) en punta de ataque.

Rev.San. Hig .Publ .7-8 ,426, 1952.

LUENGO (E).-El Cincho y el Robledo .Memoria Campaña contra el Paludismo I.923 -1924) Direc. Gral de Sanidad I.925.

MALDONADO SAN PEDRO (M).- La Plasmequina en la lucha antipalúdica ; su valor epidemiológico .Med. Países Cálidos -año VII num 6-1934.

MALDONADO SAN PEDRO. (M).- La totaquina en la terapéutica del paludismo Med. de los Países Cálidos - año XI num 1936.

MARTIN CANO (C).- Seis casos de paludismo con gametos deteriolinas tratados con quinio-Stovarsol .-Med . de los Países Cálidos .año III num 1930.-

MATILLA(V)VICH (A).- La quimioterapia del paludismo con Atepe .Comunicación al XV congreso Asociación Española INGENIEROS Progreso Ciencias Santander .- Agosto 1938.-

NIÑO (J).- Ensayos de la Atebrina Bayer , Rev .Inform .Terap. año XVI num ,5 -1934.

ORTEGA (D). Dispensario Antipalúdico de Talavera de la Reina .Memoria Campaña contra el paludismo (I.928-1929)Direc, Gral de Sanidad -1930.

PASQUA (M). -Algunas notas sobre el paludismo en España.-Memoria Campaña contra el paludismo (I.925-1927)Direc.Gral de Sanidad .I.928.

PITTALUGA (G).- Enfermedades de los Países Cálidos y Parasitología General .Espasa -Calpe .Edit.-1923.

SANCHEZ(V)CASADO (A). - Jarandilla de la Vera -Memoria Campaña contra el paludismo (I.925-1.927) y siguiente .Direc.Gral de Sanidad .

RICO AVELLO RICO (C). -Observaciones á dos casos de paludismo cerebral mortal .Med. Colonial num 6 -1943.

RICO AVELLO RICO (C). El paludismo revelador de estados carenciales. El edema de los palúdicos..

RICO AVELLO RICO.(C). Paludismo y diátesis hemorrágica .Med Española Valencia I.941.

RICO AVELLO RICO.(C).- Aportación Española á la Historia del paludismo Rev .de Sanidad Hig .Publ. Mayo-Junio -Julio I.347. año IX.

RICO AVELLO RICO (C). - El paludismo del Emperador Carlos I -Rev. de San. & Hig.Publ. Abril I.946 -año XL.

RICO AVELLO RICO.-(C). Los análisis microscópicos de sangre en la in

investigación de los parásitos hemáticos y en el diagnóstico de las anemias.
Rev de Sanidad -8 Hig. Publ. Diciembre I.947 año XXI.

ROMERO VIANORTE.- Los mephelines de España y Marruecos. Revisión de Sanidad 8 Hig. Publ. num 4 Abril I.950.

TORRADENE. Dispensario Antipalúdico de Amposta-Alda -Memoria Campaña contra el paludismo I.928. I.929. Diros. Gral de Sanidad .I930 .

BIBLIOGRAFIA EXTRANJERA.

JAMES -Le paludisme por Plasmodium Ovale -Rev Malariae -Año XIV num I.935.

DR VVALTER KIKU. -Director del Instituto Quaioterápico de la I. G .

(VVupertal Uberfelds -Gráficas Conuales -Public de la Med .Colon I.943.)

Nuevos resultados á la Experimentali de aplicación clinica y terapéutica del paludismo.

MANSON BARR. - Tratado de Medicina de los Países Cálidos .I.928

MULLING(P). Lucha contra el paludismo con los nuevos medicamentos Plasmoquina y Atebrina Rev . Febrero I6 año num 4 -I934.

SERGEANT. - Le primumiôn en la paludisme Riv . Malariae .XIV -nº 3 XXXX I.935.

SOCIETE DES NATIONS. Repprit sir son voyage étude dans certains pays d'Europe en 1924.

SVVETENHORNEL (M.H.) .-Informe sucinto del viaje efectuado en España por la Comisión del Paludismo de la Sociedad de Naciones .-Bol Tec. Diros.G de Sanidad . año I num 2.-I926 .